

MARDI 24 OCTOBRE 2023

**Accès aux soins par l'engagement territorial
des professionnels (*Procédure accélérée*)**

**Déclaration du Gouvernement
relative à la situation au Proche-Orient**

SOMMAIRE

ACCÈS AUX SOINS PAR L'ENGAGEMENT TERRITORIAL DES PROFESSIONNELS (<i>Procédure accélérée</i>)	1
<i>Discussion générale</i>	1
M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention	1
Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales	2
Mme Nadia Sollogoub	3
Mme Anne Souyris	3
Mme Céline Brulin	4
Mme Véronique Guillotin	4
Mme Solanges Nadille	5
Mme Émilienne Poumirol	5
M. Khalifé Khalifé	6
M. Christopher Szczurek	6
M. Daniel Chasseing	6
Mme Jocelyne Guidez	7
M. Olivier Bitz	7
Mme Patricia Demas	7
Mme Béatrice Gosselin	8
M. François Bonhomme	8
<i>Discussion des articles</i>	9
ARTICLE 1 ^{er}	9
M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales	9
M. Hervé Maurey	9
APRÈS L'ARTICLE 1 ^{er}	16
ARTICLE 2 <i>BIS</i>	18
DÉCLARATION DU GOUVERNEMENT RELATIVE À LA SITUATION AU PROCHE-ORIENT ..	19
<i>Rappel au Règlement</i>	19
<i>Déclaration du Gouvernement et débat</i>	19
Mme Élisabeth Borne, Première ministre	19
M. Bruno Retailleau	20
M. Patrick Kanner	21
M. Olivier Cadic	22
Mme Nicole Duranton	23
Mme Cécile Cukierman	24
M. Claude Malhuret	24
M. Guillaume Gontard	25
Mme Maryse Carrère	26
M. Aymeric Durox	26

M. Olivier Becht, ministre délégué chargé du commerce extérieur, de l'attractivité et des Français de l'étranger	27
Mme Élisabeth Borne, Première ministre	27
ACCÈS AUX SOINS PAR L'ENGAGEMENT TERRITORIAL DES PROFESSIONNELS (<i>Procédure accélérée - Suite</i>)	27
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	27
APRÈS L'ARTICLE 2 <i>BIS</i>	27
ARTICLE 2 <i>TER</i> (<i>Supprimé</i>)	37
APRÈS L'ARTICLE 2 <i>TER</i> (<i>Supprimé</i>)	38
ARTICLE 2 <i>QUATER</i>	40
ARTICLE 2 <i>QUINQUIES</i> (<i>Supprimé</i>)	40
ARTICLE 2 <i>SEXIES</i>	43
M. Marc Laménie	43
ARTICLE 2 <i>OCTIES</i>	45
ARTICLE 2 <i>NONIES</i> (<i>Supprimé</i>)	45
ARTICLE 2 <i>DECIES</i>	46
Mme Kristina Pluchet	46
Mme Marie-Pierre Richer	46
M. Laurent Duplomb	46
APRÈS L'ARTICLE 2 <i>DECIES</i>	47
ARTICLE 3 (<i>Supprimé</i>)	47
APRÈS L'ARTICLE 3 (<i>Supprimé</i>)	48
Ordre du jour du mercredi 25 octobre 2023	50

SÉANCE du mardi 24 octobre 2023

11^e séance de la session ordinaire 2023-2024

PRÉSIDENCE DE MME SOPHIE PRIMAS,
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :
MME VÉRONIQUE GUILLOTIN, M. PHILIPPE TABAROT.

La séance est ouverte à 14 h 30.

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

Accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (*Procédure accélérée*)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

Discussion générale

M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention. – L'efficacité de notre système de santé repose sur trois principes : une solidarité sans faille, une capacité d'adaptation et de modernisation, et un ensemble de coopérations et de liens de confiance entre acteurs. Nos actions doivent être cohérentes et complémentaires.

Le ministre de la santé est responsable tout à la fois de la médecine hospitalière et de la médecine de ville, des établissements publics et privés, des soins dispensés en ville et en milieu rural.

Vous avez dû travailler simultanément sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et sur cette proposition de loi. La commission a regretté ce calendrier contraint ; je vous prie d'accepter mes excuses.

Nous sommes tous d'accord pour dire que les défis sont immenses et urgents. La santé est le premier sujet de préoccupation de nos compatriotes, qui nous interpellent sur le manque de professionnels. Nous pouvons relever ces défis en renforçant la confiance, celle des professionnels et de nos concitoyens et la confiance dans l'avenir du système de santé.

La proposition de loi de Frédéric Valletoux comporte une partie des solutions, avec comme fil directeur l'engagement territorial. Il s'agit d'impliquer

tous les acteurs du territoire, dans un esprit de coalition.

Les mesures de coercition paraissent attractives à court terme, mais elles se révèlent finalement contre-productives, détournant les professionnels de l'exercice de la médecine.

Je pose un préalable à nos débats : ce texte n'a pas vocation à se substituer à une action résolue et de long terme visant à augmenter le nombre de soignants. La crise démographique et les dégâts du *numerus clausus* nous incitent à l'action. La suppression de ce dernier porte ses fruits : nous formons en moyenne 15 % de professionnels en plus chaque année. Nous agissons avec les régions pour former davantage d'infirmiers et d'aides-soignants. L'augmentation structurelle du nombre de professionnels et l'adoption de mesures d'application immédiate sont complémentaires.

C'est par la confiance entre les médecins libéraux et les pouvoirs publics que nous aboutirons à une nouvelle convention médicale, dont l'articulation avec le présent texte est une occasion à saisir.

Traçons la perspective d'un pacte de confiance renouvelé avec les professionnels de santé pour fluidifier l'organisation du système. Il n'y a pas de solution miracle ou unique.

À tous les niveaux, la coopération doit être renforcée et la responsabilité partagée. Certes, l'État est le garant des valeurs et des orientations nationales, mais faisons confiance aux professionnels pour trouver des solutions territorialisées.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont aujourd'hui le cadre principal de structuration des soins de proximité.

La commission a choisi de supprimer le rattachement automatique des professionnels de santé aux CPTS. Sans en faire un totem, je souhaite que leur place opérationnelle soit valorisée au cours de la navette parlementaire. La mobilisation et l'enthousiasme des professionnels sont indispensables à leur bon fonctionnement. On en comptait 450 en 2019, 756 en 2022 ; plus de 80 % de la population est désormais couverte. Toutes les CPTS ne sont pas au même niveau de maturité, mais elles répondent à un besoin. Elles sont aussi des lieux d'innovation.

Depuis des années, le Gouvernement accompagne ce mouvement de structuration : je salue l'engagement d'Agnès Firmin Le Bodo qui promeut le plan 100 % CPTS. L'intégration des professionnels de la médecine scolaire est un progrès, notamment pour lutter contre le harcèlement scolaire.

Les conseils territoriaux de santé (CTS), organes de la démocratie sanitaire sur les territoires, voient leur définition précisée, leur composition élargie et leurs missions renforcées. Si j'accueille favorablement l'intégration des conseils des ordres professionnels, le Gouvernement proposera une rédaction de

compromis : les professionnels siégeant au sein des CTS auront la responsabilité collective de s'organiser.

Le texte élargit la responsabilité collective d'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDES). Le rétablissement de l'équilibre public-privé réduira la pression sur l'hôpital. Je vous proposerai une rédaction équilibrée et coconstruite avec les acteurs : ce nouveau cadre reposera sur un appel à candidatures des établissements publics ou privés, qui seront libres d'y répondre.

Aussi, lorsqu'un établissement participant à la PDES ne sera pas en mesure de remplir sa mission, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pourra intervenir. Le volontariat et la confiance sont les piliers de la PDES : ce n'est qu'en dernier recours qu'un autre établissement sera sollicité. Les soignants des établissements publics ou libéraux pourront aussi être appelés à venir renforcer les équipes d'autres établissements, uniquement s'ils se sont portés volontaires.

Par ailleurs, le texte consolide le lien entre les patients et les professionnels de santé pour éviter de rompre le parcours de soins : création de la fonction d'infirmier référent, très utile pour le suivi des patients en affection de longue durée (ALD), mesures relatives au statut et à la gouvernance des hôpitaux ou encore aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue).

Les mesures visant à réguler l'intérim en début de carrière condamnent non pas la pratique en elle-même, mais les excès, d'où le plafonnement de la rémunération des intérimaires, prévu par la loi Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Je salue François Braun, mon prédécesseur : il a pris une mesure difficile, longtemps repoussée.

Le recours à l'intérim est une soupape parfois nécessaire. Il ne doit toutefois pas devenir la norme ni pour les établissements ni pour les professionnels. Nous devons trouver l'équilibre en renforçant les collectifs hospitaliers et mieux accompagner les jeunes soignants en leur permettant de développer leurs compétences dans un cadre stable.

Autre mesure d'équité : nous proposerons de traiter à l'identique les émoluments hospitaliers et universitaires.

J'ai confiance en notre capacité à trouver des solutions pour une meilleure organisation territoriale des soins : il faut donner confiance aux acteurs de terrain, encourager leur coordination et renforcer leurs responsabilités. Ce texte s'inscrit dans un contexte plus large. Continuons d'avancer ensemble. (*Applaudissements sur les travées du RDPI, du RDSE et sur quelques travées du groupe INDEP*)

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales. – (*Applaudissements sur les travées du groupe*

Les Républicains ; Mme Élisabeth Doineau applaudit également.) La session s'ouvre à peine que nous devons examiner un nouveau texte sur l'accès aux soins. Cela révèle non seulement les attentes de nos concitoyens sur le sujet, mais aussi l'incapacité des pouvoirs publics à trouver des solutions adaptées.

Le Gouvernement a commis deux erreurs.

La première tient à la méthode : cela fait longtemps qu'il n'a pas présenté de projet de loi avec étude d'impact et avis du Conseil d'État. Au lieu de cela, on nous présente des mesures éparses *via* des cavaliers sociaux et des propositions de loi de la majorité à l'Assemblée nationale. Résultat : voici une série de mesures mal calibrées qui n'améliore pas les choses. (*Plusieurs « Bravos » et applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

La seconde tient au calendrier. Notre débat est concomitant avec la négociation conventionnelle et la préparation de l'examen du PLFSS. Cela dit, j'accepte vos excuses, monsieur le ministre.

M. Laurent Burgoa. – Trop tard !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ce texte, patchwork mal tissé, est passé à l'Assemblée nationale de 11 à 39 articles.

La commission a retenu les mesures les plus utiles et écarté les dispositions cosmétiques - nous avons fait un peu de ménage...

S'agissant des soins de ville, le texte ne présente pas de ligne claire. La commission a supprimé un certain nombre de dispositifs qui constituent des repoussoirs pour les professionnels de santé : l'adhésion automatique des professionnels de santé aux CPTS ; les dispositions relatives à la permanence des soins ; la création de l'indicateur territorial de l'offre de soins.

En revanche, la commission a adopté les mesures de bon sens en les amendant parfois : les territoires de démocratie sanitaire, renommés territoires de santé, pourront être redéfinis par les acteurs locaux ; nous avons porté le délai de déclaration de cessation d'activité des professionnels médicaux à six mois ; nous avons également préservé l'expérimentation des antennes d'officines dans les petites communes ; nous avons renforcé le rôle du médecin coordonnateur dans les Ehpad, mais refusé qu'il devienne médecin traitant ; nous avons accepté la création de la fonction d'infirmier référent.

Ce texte fera œuvre utile, sans constituer pour autant une réponse miracle.

Dans un contexte démographique tendu, la régulation de l'installation serait un signe de défiance et découragerait l'installation.

La commission a choisi des mesures pragmatiques, comme celles visant à libérer du temps médical *via* les guichets départementaux ou la limitation des actes inutiles. Nous avons également relevé à 75 ans l'âge

limite du cumul emploi-retraite pour les médecins, levé les freins à l'exercice coordonné, adopté le dispositif limitant les aides à l'installation, et soutenu les dispositions qui visent à permettre à davantage de praticiens étrangers d'exercer en France.

Malgré l'annonce d'un big-bang par le Président de la République, ce texte n'apporte pas de changement radical pour les établissements de santé. La commission a sécurisé l'ouverture d'un droit d'option pour l'octroi de la personnalité morale aux groupements hospitaliers de territoire (GHT). La commission partage le souci de rééquilibrer l'effort en matière de permanence de soins. C'est un sujet important, tant pour garantir une prise en charge de qualité aux patients que pour limiter la fuite des praticiens de l'hôpital public. Je regrette toutefois que nos discussions avec le Gouvernement avant la séance n'aient pas abouti ; j'espère que nous trouverons une rédaction efficace à ce sujet.

Des mesures censurées dans la LFSS pour 2023 refont surface : réforme des autorisations d'activité de soins, encadrement de l'intérim, contrôle des cliniques privées. La commission est restée fidèle à ses positions exprimées à l'automne dernier.

De plus, nous avons renforcé la responsabilisation des acteurs de la formation des étudiants en santé et soutenu l'extension des contrats d'engagement de service public aux étudiants en pharmacie et en maïeutique.

Vous l'aurez compris, nous avons examiné ce texte sans enthousiasme, mais nous vous encourageons à l'adopter avec les ajouts de la commission. Nous attendons encore un texte à la hauteur des défis. Improvisations et mesurette ne répondront pas aux enjeux. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur quelques travées du groupe UC et du RDSE)*

Mme Nadia Sollogoub. – *(Applaudissements sur les travées du groupe UC et sur quelques travées du groupe Les Républicains)* Désormais, presque tous les Français ont des difficultés pour accéder aux soins. Frédéric Valletoux a le mérite d'essayer d'y remédier.

Prétendre que cela passerait par l'engagement territorial des professionnels de santé peut être vexant : le sujet, c'est le déséquilibre entre le temps médical et les besoins d'une population vieillissante.

Rien ne sera réglé tant que le temps médical des jeunes médecins sera deux fois moindre que celui de leurs aînés, tant que les étudiants en santé serviront de main-d'œuvre bon marché, tant que de futurs soignants renonceront en cours d'études, tant que les jeunes Français partiront faire leurs études médicales à l'étranger, tant que nous nous tournerons en désespoir de cause vers les praticiens étrangers.

Je salue cependant certaines mesures de bon sens de ce texte, comme l'expérimentation des antennes d'officines ou l'encadrement des aides à l'installation.

Quand l'heure est grave, les acteurs de terrain savent optimiser les moyens : ce sont bien les professionnels de santé qui ont permis au système de santé de tenir pendant la crise covid.

Méfions-nous de toutes les fausses bonnes solutions démagogiques. Une infirmière me disait : pourquoi rendre obligatoire l'adhésion aux CPTS alors que nous travaillons déjà ensemble ? Un kiné ajoutait : il faudrait attribuer les aides aux équipes plutôt qu'aux individus.

Les patients demandent plus de temps médical ; les soignants aussi, eux qui passent tant de temps en paperasse et en transport.

Quand un médecin libéral ne travaille que 35 heures hebdomadaires, c'est un salaud, mais quand il s'agit d'un médecin salarié en centre de santé, on l'accueille en héros. N'attisons pas les corporatismes, encourageons les dynamiques collectives.

Nos capacités de formation doivent converger vers les besoins des territoires. Dans la situation grave que nous connaissons, les directeurs généraux d'ARS doivent user de leur pouvoir de dérogation, comme dans la Nièvre.

Avec la majorité du groupe UC, je soutiens le texte de la commission : méfions-nous d'une communication trop négative et redisons aux professionnels de santé notre confiance. *(Applaudissements sur quelques travées du groupe UC ; Mme Véronique Guillotin applaudit également.)*

Mme Anne Souyris. – Nous en sommes tous conscients, notamment depuis le drame du covid : il y a urgence pour la santé. Nous n'y répondrons qu'avec de la formation, de la régulation et une gouvernance plus décentralisée et démocratique.

Nos fragilités sanitaires sont amplifiées par les effets du changement climatique : sixième extinction de masse, canicules, zoonoses, pollution massive des sols, de l'air, de l'eau. Je pense aussi aux 400 tonnes de plomb dont la cathédrale Notre-Dame de Paris va de nouveau être recouverte et qui causeront perturbations endocriniennes, cancers et maladies neurodégénératives. *(M. Laurent Duplomb proteste.)* Nous ne sommes pas prêts à affronter un monde à 50 degrés.

La démocratie en santé ne guide toujours pas les politiques gouvernementales : trop de personnes - précaires, migrants isolés, personnes dépendantes aux drogues, travailleurs du sexe - sont encore exclues des décisions concernant leur propre santé.

Voilà quarante ans que le VIH sévit, mais les pouvoirs publics n'ont toujours pas pris la mesure de ce fléau qui décime encore les plus discriminés. Nous ne sommes toujours pas préparés à affronter les prochaines épidémies.

La population française vieillit et, résultat de quarante années d'austérité et d'impréparation, le nombre de soignants diminue. Les soins deviennent inaccessibles, notamment pour les plus précaires. En moyenne, c'est 52 jours pour un rendez-vous en ophtalmologie, 61 en dermatologie. Un quart des généralistes a plus de 60 ans. Les années qui viennent s'annoncent très difficiles.

Nous manquons d'une politique écologiste de santé, qui construise des solutions depuis les territoires, qui prenne en compte les déterminants environnementaux de la santé et qui vise la santé pour toutes et tous, y compris les plus exclus.

Nous manquons d'une politique ambitieuse de prévention et de santé communautaire, mais aussi de moyens financiers. Nous manquons d'une lutte déterminée contre les lobbies écocidaire.

Ce texte n'est pas à la hauteur de l'urgence. En se bornant à l'organisation des professionnels de santé, il manque sa cible.

Il comportait pourtant des mesures de bon sens - sur le pouvoir des conseils de surveillance des hôpitaux ou la régulation de l'installation des médecins -, mais elles ont été amoindries par la commission.

Quittons nos postures partisans, il y a urgence !
(Applaudissements sur les travées du GEST)

Mme Céline Brulin. – Il y a quelques jours, j'étais avec des personnels de la clinique de Fécamp, pour qu'elle soit reprise par l'hôpital public. Je sollicite toute votre attention, monsieur le ministre, sur la situation de cet établissement.

Fermeture récurrente des urgences, délai pour un rendez-vous avec un généraliste, impossibilité de trouver un spécialiste, hausse de la mortalité infantile. Comment ne pas comprendre que nos concitoyens se sentent abandonnés par la République ?

Les professionnels de santé sont épuisés. Il aurait fallu un plan Marshall, des mesures structurelles et des moyens ; au lieu de cela, voici une proposition de loi, quelques mois après la loi Rist 2, quelques jours avant le PLFSS, en pleine négociation conventionnelle.

Ce texte comporte des mesures d'affichage technocratiques. Dès son titre, il semble vouloir exonérer l'État de ses propres responsabilités, et considérer la territorialisation comme l'unique solution. Mais vous pouvez donner tous les pouvoirs aux collectivités territoriales, sans moyens supplémentaires, elles ne parviendront pas à gérer la pénurie.

Certes, cette proposition de loi contient de-ci, de-là, quelques mesures intéressantes : encadrement de l'intérim, implication du secteur privé dans la permanence des soins, exonération de la majoration du ticket modérateur en cas de départ à la retraite non remplacé du médecin traitant, entre autres.

Mais elle manque cruellement d'ambition et les modifications de la commission - sur le principe de gradation dans la permanence des soins par exemple - en réduisent encore la portée.

Trop peu sur la formation : il faudrait partir des besoins et non des limites capacitaire des universités et donner leur chance à ceux qui veulent devenir infirmiers et que Parcoursup écarte trop souvent des Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi).

Trop peu aussi sur la régulation de l'installation des médecins, alors qu'ils sont les seuls professionnels de santé dont l'installation n'est pas encadrée. La liberté d'installation est un échec.

Enfin, ce texte ne répond pas à la situation indigne des Padhue, qui forment la première ligne dans les hôpitaux désertés. En renvoyant la question au projet de loi sur l'immigration, la majorité sénatoriale prend le parti d'aborder cette question par le prisme du contrôle de l'immigration et non par celui de l'accès aux soins.

Le groupe CRCE-K a déposé une trentaine d'amendements, sur les obligations de garde, l'installation des médecins, l'aide à la création de centres de santé par les collectivités territoriales, entre autres.

Non, tout n'a pas été essayé pour lutter contre la désertification médicale. Il faut d'urgence sortir des impasses de notre système de santé.
(Applaudissements sur les travées du groupe CRCE-K et sur quelques travées du groupe SER)

Mme Véronique Guillotin. – *(Applaudissements sur les travées du RDSE)* Face à la crise, le législateur multiplie les lois, mais l'accès aux soins continue de se dégrader.

Ce énième texte intervient alors que des négociations difficiles sont en cours et six mois à peine après les crispations suscitées par la loi Rist 2.

Nos concitoyens doivent le savoir : nous avons plusieurs années difficiles avant de voir les effets du desserrement du *numerus clausus*. En attendant, il faut envoyer des signaux positifs aux soignants, ce que ne fait pas ce texte, alors que la médecine générale et bien des spécialités sont sinistrées.

Au lieu du choc de simplification attendu, l'article 1^{er} veut ranimer les CTS, qui sont restés des coquilles vides depuis leur création. L'organisation de notre système de santé est bien complexe...

Si la décentralisation et le renforcement de la démocratie sanitaire sont essentiels, il faut une organisation simplifiée, une gouvernance claire et des moyens ; à cet égard, l'article 1^{er} reste au milieu du gué.

Je soutiens la suppression de l'article 3 par la commission : laissons les acteurs de terrain s'organiser et adhérer volontairement aux CPTS.

J'ai toutefois quelques divergences avec la commission : je suis favorable à la mise à disposition

de fonctionnaires dans les maisons de santé, ainsi que l'avait proposé notre collègue Dany Wattebled ; je souhaite réintroduire la possibilité de désigner un médecin coordonnateur en Ehpad comme médecin traitant ; je suis favorable à une carte de séjour pour les Padhue.

Sur l'intérim médical, j'attends nos débats pour dissiper mes doutes. Si l'intérim mercenaire doit être combattu, il faut surtout s'attaquer à sa cause. Je soutiens donc toutes les mesures qui favorisent l'attractivité des carrières hospitalières : montée en compétences, création de l'infirmier référent, renforcement du guichet unique, juste équilibre dans la PDES, option santé dans les lycées des zones déficitaires, etc.

Il faut un choc d'attractivité. Ne décourageons pas les derniers fantassins sous les coups de l'inflation législative, de la suradministration et de la coercition. *(Applaudissements sur les travées du RDSE et sur quelques travées des groupes UC et Les Républicains)*

Mme Solanges Nadille. – *(Applaudissements sur les travées du RDPI)* L'accès aux soins est une préoccupation majeure, particulièrement en outre-mer. Je suis une îlienne : les îles du sud de la Guadeloupe souffrent d'une double insularité ; résultat, pas de médecins. La Guadeloupe est un vrai désert médical. Nous comptons sur les maisons de santé.

Cette proposition de loi va dans le bon sens, en faisant du territoire de santé l'échelon de référence. Son organe de gouvernance, le CTS, devra fixer les objectifs prioritaires. De plus, pour lutter contre le nomadisme médical, les aides et exonérations fiscales pour l'installation seront limitées.

Le texte facilite aussi l'exercice des Padhue. Notre groupe proposera que le dispositif soit applicable à Mayotte. De plus, une seule commission territoriale d'autorisation d'exercice devra être constituée pour la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon. Nous souhaitons également plus d'offices de pharmacie pour Mayotte ; leur nombre y est notoirement insuffisant.

Le texte contribuera à l'amélioration des conditions de formation en étendant aux étudiants en maïeutique et en pharmacie le bénéfice du contrat d'engagement de service public, par lequel les professionnels s'engagent à exercer deux ans en territoire sous doté.

Toutes ces mesures amélioreront le maillage territorial. *(Applaudissements sur les travées du RDPI)*

Mme Émilienne Poumirol. – *(Applaudissements sur les travées du groupe SER)* Alors que nous demandons depuis longtemps une loi ambitieuse de réorganisation complète de notre système de santé, celle-ci n'est toujours pas à l'ordre du jour.

Alors que nous plaidons pour l'accès à la santé partout et pour tous, on nous propose dans le prochain PLFSS une vision comptable et un objectif national de

dépenses d'assurance maladie (Ondam) toujours sous le niveau de l'inflation.

Cette vision court-termiste ne garantit pas l'accès aux soins : 30 % de la population vit dans un désert médical, 11 % n'a pas de médecin traitant, 1,6 million de Français renoncent à des soins chaque année !

Les collectivités territoriales n'ont d'autre choix que de trouver des solutions sur leurs moyens propres - que les élus en soient remerciés. La région Occitanie finance ainsi des maisons de santé sans compensation de l'État.

C'est une trahison du pacte social issu du Conseil national de la résistance. Sans mesure structurelle forte, les inégalités ne cesseront de se creuser. Mais le Gouvernement fait la sourde oreille et abandonne la santé.

Cette nouvelle proposition de loi est un fourre-tout de la majorité gouvernementale, qui arrive en plein milieu de la négociation conventionnelle. La temporalité et la méthode interrogent.

Elle contient cependant quelques mesures utiles : non-cumul des aides à l'installation, élargissement des contrats d'engagement de service public (CESP) aux étudiants en maïeutique et en pharmacie, création du statut d'infirmier référent - dont nous proposerons l'élargissement.

Mais nous regrettons la suppression des articles les plus réformateurs. Nous proposerons de rétablir l'obligation de participer à la permanence des soins ambulatoires, ainsi que l'année obligatoire dans les déserts médicaux pour les étudiants en médecine générale.

Nous souhaitons aussi créer un nouvel indicateur pour dresser un bilan de la répartition de l'offre de soins dans tous les territoires, tenant compte des besoins de la population et de la sociologie.

D'autres questions majeures sont ignorées par ce texte : attractivité de la médecine générale, formation des médecins. Les mesures coercitives pures n'ont aucun sens et seront inefficaces si l'on ne traite pas ces sujets.

Nous proposerons aussi une organisation coordonnée du parcours de soins de premier recours préconisée par l'Ordre national des médecins.

Nous devons favoriser le gain de temps médical et une meilleure coordination entre professionnels. L'équipe de soins primaires, de proximité, voilà l'objectif.

Le coût de l'intérim a explosé, passant pour l'hôpital public de 500 millions d'euros en 2013 à 1,4 milliard d'euros en 2018 ; une garde peut être payée jusqu'à 2 500 euros ! La loi Rist 1 a limité la rémunération des gardes intérimaires. Il faut aussi limiter le nombre de jours d'intérim au sens strict - *via* des entreprises d'intérim - par an, pour contrer ce mercenariat médical,

et non pour empêcher les jeunes soignants de recourir à des contrats courts.

Enfin, les politiques incitatives, notamment mises en place par les collectivités, n'ont pas fonctionné, voire ont créé des concurrences entre territoires. Il faut réguler grâce à un conventionnement sélectif des médecins libéraux. Nous pourrions ainsi retrouver une forme d'équilibre dans nos territoires. Il n'y a pas de remède miracle, mais la volonté politique est là. Monsieur le ministre, il est urgent d'agir ! *(Applaudissements sur les travées du groupe SER)*

M. Khalifé Khalifé. – *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains)* Je me réjouis de l'intérêt porté à ces questions, mais à la lecture de la proposition de loi, la montagne a accouché d'une souris. *(Mme Nathalie Goulet acquiesce.)* J'ai vu les difficultés croissantes de notre système de santé, et le désarroi des usagers et des médecins.

Ne confondons pas urgence et précipitation. Entre avancées minimales et contraintes, ce texte n'est pas à la hauteur. Les négociations conventionnelles avec les médecins n'ont pas encore commencé ; comment pourront-ils adhérer à un tel amas de mesurées ?

Depuis 2016, on cherche quelles sont la place et l'efficacité du CTS. Passer d'un rôle consultatif à un rôle exécutif nécessite des leviers et indépendance renforcée.

L'accès aux soins est conditionné par la démographie des soignants, que n'évoque pas le texte.

Les régions se sont adaptées pour assurer la répartition territoriale des instituts de formation des professionnels non médicaux - mais l'État doit revaloriser leur grille salariale pour l'adapter aux qualifications.

Où sont les propositions pour évaluer les études médicales et les rapprocher de l'aménagement du territoire ?

L'offre de médecine est éloignée des règles de bonne pratique clinique et de la pertinence des soins. Citoyens et collectivités territoriales s'inquiètent des déserts médicaux, mais c'est à l'État d'activer les leviers nécessaires. Là encore, le texte est muet.

S'agissant de la permanence des soins, les urgences médicales vitales fonctionnent, mais il faut revoir les cas d'urgence ressentie... Il faudrait par exemple généraliser les consultations de médecine générale à côté des urgences et recentrer le rôle du médecin urgentiste.

Je regrette que la politique de santé soit celle des petits pas... À quand une grande loi-cadre, qui offrirait de la sérénité au monde médical ? *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains ; Mme Véronique Guillotin applaudit également.)*

M. Christopher Szczurek. – Ce texte est l'occasion de se donner bonne conscience, en évitant

d'ouvrir les grands chantiers. La pandémie a révélé que notre système de santé est un champ de ruines. Le personnel médical est au bout du rouleau, la désertification pharmaceutique et matérielle gagne les villes moyennes.

Cette désertification médicale n'est pas nouvelle ; la quasi-totalité de l'échiquier politique a constaté la chute, sans agir pour l'enrayer.

Opérations repoussées, prise en charge retardée : les conséquences sont dramatiques. La désertification médicale se généralise, et va s'aggraver avec le départ à la retraite d'un grand nombre de professionnels de santé et du paramédical. Tout cela accrédite le sentiment de déclassement.

Il faut remettre à plat toute la politique de la santé publique : formation massive de médecins, recrutement d'infirmiers, gouvernance, échec des ARS. Cette proposition de loi ne contient aucune mesure incitative : c'est une rustine qui prend l'eau de toutes parts, un cautère sur une jambe de bois.

Pour autant, presque rien, c'est toujours mieux que rien du tout. Nous nous abstenons donc. Arrêtons le « pas de vague » dans la santé, ruons dans les brancards ! *(MM. Joshua Hochart et Aymeric Durox applaudissent.)*

M. Michel Savin. – Bien !

M. Daniel Chasseing. – Plus de 83 % des Français placent la santé au premier rang de leurs préoccupations, et six millions d'entre eux n'ont pas de médecin traitant.

Il y a plus de médecins « thésés » qu'en 1990, mais beaucoup ne veulent pas s'installer et préfèrent être salariés. Il faut améliorer la formation.

Ce texte, déposé à l'Assemblée nationale par Frédéric Valletoux, mise sur l'échelon local. L'article 1^{er} renforce les CTS, et en fait l'échelon central. Nous regrettons toutefois la suppression de la liste précisant sa composition.

Nous saluons la lutte contre le nomadisme médical, tout comme la suppression du ticket modérateur pour ceux qui n'ont pas de médecin, pour cause de départ en retraite ou de déménagement. Nous sommes favorables à l'élargissement du contrat d'engagement de service public aux étudiants de premier cycle et à l'encadrement de l'intérim.

Rehausser à 75 ans l'âge maximal pour cumuler emploi et retraite est de bon sens.

Je regrette la suppression de la mise à disposition d'un fonctionnaire auprès d'un médecin qui s'installe dans un désert médical, ainsi que l'inscription automatique des médecins aux CPTS, qui s'accompagnait d'un droit de retrait. J'ai déposé un amendement pour rétablir cette automaticité.

Il existe un vrai sujet de permanence des soins ambulatoires de jour : entre 8 et 20 heures, certains besoins en soins non programmés ne sont pas

satisfaits. Il faut renforcer toute la permanence des soins. J'ai déposé un amendement pour que les maisons de santé et les cabinets médicaux membres de CPTS s'organisent pour la prise en charge des soins ambulatoires non programmés.

Je ne suis pas favorable à la création de l'infirmier référent, source de confusion avec le médecin référent, qui doit conserver la compétence du diagnostic.

Nous approuvons l'augmentation du délai avant la dissolution d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) portant une maison de santé. Elle devrait pouvoir perdurer même lorsqu'il reste un seul médecin. Je regrette que mon amendement ait été déclaré irrecevable.

Nous soutenons les articles facilitant l'exercice des Padhue, notamment l'attestation d'exercice provisoire après avis d'une commission - qui pourrait n'être que régionale.

Ce texte contient des mesures pragmatiques et de bon sens ; les membres du groupe INDEP le soutiendront. (*Applaudissements sur les travées du groupe INDEP et sur quelques travées du groupe UC*)

Mme Jocelyne Guidez. – (*Applaudissements sur les travées du groupe UC*) Je remercie Mme Imbert pour son travail consciencieux et ô combien difficile.

Le texte est disparate, les mesures sont insuffisantes, faute d'un véritable projet de loi structurant. L'hétérogénéité de ce texte en limitera l'impact : il s'agit d'un pansement sur une jambe de bois.

Le calendrier politique est déraisonnable, voire brutal. La méthodologie est en trompe-l'œil. Nous soutenons la suppression de l'inscription automatique aux CPTS, de la mise à disposition de fonctionnaires, de la création d'un indicateur territorial de l'offre de soins et de l'obligation de participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Celle-ci revenait sur les dispositions de la loi Rist 2, qui n'ont pas encore produit tous leurs effets.

Le texte manque de vision, mais certaines dispositions, enrichies par la commission, sont de bon sens : âge maximal de 75 ans pour le cumul emploi-retraite, préavis de trois mois en cas de départ d'un professionnel de santé, suppression de la majoration du ticket modérateur pour ceux dont le médecin a déménagé ou est parti en retraite, intégration de la médecine scolaire dans la CPTS et création des infirmiers référents.

Le texte revoit le régime applicable aux Padhue pour rendre l'exercice en France plus attractif ; cela répondra aux besoins de recrutement des hôpitaux.

Les efforts ne sont pas à la hauteur des attentes, néanmoins nous soutiendrons ce texte, en espérant avoir été entendus. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC ; M. Michel Savin, Mmes Kristina Pluchet et Solanges Nadille applaudissent également.*)

M. Olivier Bitz. – (*Applaudissements sur les travées du RDPI*) Dans l'Orne, territoire rural, la situation de l'accès aux soins est dramatique : nous n'avons que 60 généralistes pour 100 000 habitants, deux fois moins que la moyenne nationale. Et 43 % de médecins ont plus de 60 ans. Le pire est devant nous, alors que 20 % des assurés n'ont pas de médecin traitant.

Malgré l'engagement des collectivités, les disparités territoriales sont énormes. Il est trompeur de dire que 87 % du territoire serait un désert médical : les situations sont peu comparables dans leur intensité. Je regrette que la commission ait supprimé l'outil statistique pour évaluer ces inégalités : l'information est la base de l'action.

L'engagement n'a pas manqué ces dernières années : suppression du *numerus clausus*, création et développement des CPTS, soutien aux centres de santé pluriprofessionnels... -, mais il faudra aller plus loin. Cette proposition de loi apporte des améliorations, à voter sans attendre. J'espère que nous débattrons bientôt de la régulation des installations, selon une logique donnant-donnant. Si les négociations n'aboutissent pas, il faudra adopter une méthode plus directive. Nous y sommes parvenus avec les kinésithérapeutes, les infirmiers et les dentistes.

Face à la gravité de la situation, il faut actionner tous les leviers disponibles. (*Applaudissements sur les travées du RDPI ; M. Claude Kern et Mme Nathalie Goulet applaudissent également.*)

Mme Patricia Demas. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Ce texte ne comporte aucune mesure forte. Les maires font un travail herculéen pour trouver des médecins. Le circuit de validation des médecins étrangers est trop opaque ; trop souvent les candidats abandonnent. Or le texte n'offre pas de solution.

La création de l'infirmier référent est une bonne chose, mais les contours sont encore flous. La rapporteure a réservé ce dispositif au suivi des patients en ALD. Des textes d'application seront nécessaires. Je rends hommage aux infirmiers, dont la présence est si précieuse dans les territoires ruraux, là où la population vieillit. Pourquoi ne pas revoir le décret de compétence 2004 ? La pandémie a rappelé le rôle crucial des infirmiers.

M. François Bonhomme. – Absolument !

Mme Patricia Demas. – Quand va-t-on l'actualiser ?

Autre exemple : les indemnités kilométriques, qu'il faut déconnecter de l'acte. Rien ne justifie les écarts constatés selon l'acte réalisé.

Monsieur le ministre, je vous invite à consolider l'existant. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

Mme Béatrice Gosselin. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Les crises successives ont bouleversé le système de santé français. Plus de 87 % du territoire est un désert médical, et la France a perdu 5 000 médecins généralistes entre 2010 et 2021. Pour remplacer un médecin, il en faut deux ou trois, en raison du vieillissement de la population, des 35 heures, de la féminisation, du nouveau rapport au travail.

Gare à ce que remède ne soit pas pire que le mal. Nous ne pouvons nous permettre une envolée des déconventionnements. Les mesures coercitives ne régleront pas le problème du manque de médecins.

Il faut des mesures pérennes : revaloriser les rémunérations, favoriser la coopération et dégager du temps médical. Le CPTS Sud Manche, entre Granville et Villedieu-les-Poêles, a permis de mieux coordonner l'offre. Mais les CPTS sont tributaires de l'engagement des professionnels de santé ; ne figeons rien dans la loi.

Les médecins libéraux doivent être de vrais employeurs à la tête de leurs cabinets et pouvoir recruter des assistants médicaux.

Encourageons la pratique avancée. À cet égard, je salue la position de notre rapporteur sur le suivi des patients en ALD par les infirmiers en pratique avancée (IPA).

Les collectivités territoriales luttent contre les déserts médicaux, avec des idées novatrices - salariat de médecins, mise à disposition du cabinet médical et du logement. Attention toutefois aux effets de bords. L'ARS a identifié des zones sous-denses en médecins, qui peuvent créer des concurrences entre territoires voisins.

Sans se reposer uniquement sur les initiatives locales, l'État doit prendre ses responsabilités et reprendre à son compte les mots d'Hippocrate : rétablir, préserver et promouvoir la santé. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. François Bonhomme. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains ; Mme Nathalie Goulet applaudit également.*) Cette proposition de loi est le nouvel avatar d'une cascade de lois sur l'accès aux soins dans nos territoires : loi Touraine, plan Ma santé 2022, Ségur de la santé... La question se pose avec une acuité particulière.

Malgré des avancées - développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), médecine itinérante, recours à la télémédecine - la désertification progresse. Même les métropoles ne sont pas épargnées, la faute au vieillissement de la population et à la mauvaise répartition des nouveaux professionnels de santé sur le territoire.

Quelque 10 128 médecins généralistes en moins en douze ans... Il faut répondre à cette mutation. Des mesures technocratiques n'y suffiront pas. Les

structures s'empilent, avec à la clé une organisation illisible tant pour les patients que pour les acteurs.

L'objectif de constituer de véritables bassins territoriaux de santé est louable, mais il faut veiller à mieux intégrer les élus locaux à la gouvernance, alors que l'État veut garder le contrôle *via* l'ARS et le préfet.

La commission note qu'aucun moyen nouveau n'est confié aux CTS, et redoute une bureaucratisation de la médecine libérale, insuffisamment associée.

Le recours aux Padhuc s'amplifie. Faire appel à des compétences extérieures est une bonne chose, mais ne transigeons pas sur la qualité !

Ce texte, décevant, ne répond pas au défi majeur de l'amélioration de l'accès aux soins. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains ; M. Hervé Maurey applaudit également.*)

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je crois profondément à la dynamique à l'œuvre dans les territoires. Vous vous émouvez, à juste titre, de la situation, mais vous entendez aussi les acteurs sur le terrain se réjouir des MSP, des CPTS qui renforcent la coopération.

Madame Poumirol, en Occitanie, le lien entre l'ARS et la région est extrêmement fort. (*Mme Émilienne Poumirol en convient.*) Je salue évidemment les maires, de même que les fonctionnaires de l'État qui se battent pour trouver des médecins.

J'ai du mal à entendre que le covid aurait mis en lumière « un champ de ruines ». Notre pays a tenu bon. Nous avons eu un taux de mortalité parmi les plus faibles - bien plus faible que dans les dictatures, soit dit en passant. Notre système a fonctionné au prix de l'héroïsme de nombreux soignants, et du dépassement de soi de beaucoup.

Au nom de la bataille que nous menons, je rejette cette notion de « champ de ruines ». Notre système de soins est à la fois formidable et extrêmement fragile. Ce texte contribue à l'éloigner du précipice.

J'entends les appels à une grande loi Santé. Chaque nouveau ministre se demande si, nouveau Claude Évin, il ne va pas léguer son nom à une loi définitive (*Sourires*)...

Je veux rappeler quelques chiffres. Depuis 2019, le budget de l'Assurance maladie a progressé de 50 milliards d'euros. Le PLFSS 2021 a acté le financement des mesures issues du Ségur. Le prochain PLFSS acte l'expérimentation du recours aux pharmaciens pour les cystites et angines, et proposera d'augmenter de 25 % le travail de nuit des professionnels non médicaux dans les hôpitaux. Son budget augmentera plus que l'inflation, de plus de 8 milliards d'euros, soit l'équivalent du budget du ministère de la justice. Il s'agit là de mesures concrètes.

Notre bataille quotidienne pour l'attractivité permet de recruter, de fidéliser les personnels et de rouvrir des lits.

Oui, les infirmiers ont un rôle essentiel et nous travaillons le décret sur leurs compétences. Nous allons également rouvrir les négociations conventionnelles avec les pharmaciens.

Ce texte n'est peut-être pas une cathédrale, mais les cathédrales se révèlent souvent plus décevantes que les mesures concrètes. (*Mme Pascale Gruny en doute.*) J'imagine que votre vote sur le PLFSS sera en cohérence avec vos appels à plus de moyens. (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

Discussion des articles

ARTICLE 1^{er}

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. – Nous ne goûtons guère le recours aux ordonnances, hélas fréquent dans le domaine de la santé. Ce texte modifie des dispositions prévues par cinq ordonnances dont aucune n'a jamais été ratifiée ; profitons-en pour réaliser un réel suivi.

Quant au PLFSS, c'est un texte budgétaire, non de politique générale. (*Applaudissements sur plusieurs travées du groupe Les Républicains*)

M. Bernard Jomier. – Très juste !

M. Hervé Maurey. – Ce texte est le septième sur l'accès aux soins en moins de cinq ans et nous continuons sur la même lancée. Nous donnons de l'aspirine à un grand malade.

J'ai cru que cela allait enfin changer, lorsque le candidat Macron a envisagé de réguler l'installation des médecins... (*On s'en étonne sur les travées du groupe Les Républicains.*) J'étais naïf !

Le présent texte a été amoindri par la commission des affaires sociales du Sénat, qui a supprimé la permanence des soins et le fléchage vers les zones en ayant le plus besoin. Les élus locaux ne comprennent pas que le Sénat soit en retard sur l'Assemblée nationale en matière de défense de l'accès aux soins dans les territoires ruraux. J'espère que nos amendements rectifieront le tir !

Renforçons ce texte pour qu'il soit utile à la population et à tous les acteurs ! (*Applaudissements sur quelques travées du groupe Les Républicains ; M. Christian Bilhac applaudit également.*)

Mme la présidente. – Amendement n°19 rectifié, présenté par MM. Duffourg, Canévet, Laugier, Levi, Hingray et Folliot.

Alinéas 3 et 16 à 25

Supprimer ces alinéas.

M. Pierre-Antoine Levi. – Le CTS est une instance de démocratie participative : conservons cette référence.

Mme la présidente. – Amendement n°124, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

Mme Silvana Silvani. – La démocratie sanitaire régit notre système de santé depuis la loi du 4 mars 2002. Son principe fondateur : garantir l'implication des patients et des citoyens et consacrer leurs droits.

L'article 1^{er} substitue le « territoire de santé » au « territoire de démocratie sanitaire ». Quelle en est la portée pratique et symbolique ?

Les politiques territoriales de santé doivent être issues d'une concertation. Alors que l'on veut renforcer le dialogue, supprimer la notion de démocratie sanitaire serait incohérent.

Mme la présidente. – Amendement n°129, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Alinéas 16 à 26

Supprimer ces alinéas.

Mme Silvana Silvani. – La notion de territoire de santé, créée par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), a été remplacée en 2016 par celle de démocratie sanitaire. L'article 1^{er} revient en arrière. Cette valse-hésitation sémantique est contreproductive et envoie un mauvais signal. Conservons la notion de territoire de démocratie sanitaire.

Mme la présidente. – Amendement n°161 rectifié, présenté par M. Mohamed Soilihi et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

Alinéa 25

Remplacer cet alinéa par neuf alinéas ainsi rédigé :

11° L'article L. 5511-3 est ainsi rédigé :

« L'article L. 5125-4, applicable à Mayotte, est ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-4. – « I. L'ouverture par voie de création d'une officine dans une commune peut être autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 7 000.

« Il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 7 000 habitants recensés dans le territoire de démocratie sanitaire auquel appartient la commune. Un décret détermine les territoires de démocratie sanitaire.

« Lorsque la création d'une officine peut être autorisée en l'application de l'alinéa précédent, le directeur

général de l'agence régionale de santé, en vue d'assurer une desserte satisfaisante de la population, peut désigner la commune dans laquelle l'officine doit être située.

« Le nombre d'habitants dont il est tenu compte pour l'application du présent article est la population municipale telle qu'elle est établie par le dernier recensement de la population publié au Journal officiel.

« II. En vue d'assurer une desserte satisfaisante de la population dans une intercommunalité, le directeur général de l'agence régionale de santé peut octroyer une licence par tranche entière de 7 000 habitants recensés dans l'intercommunalité concernée. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut déterminer la commune dans laquelle l'officine sera située.

« La prise en compte de la population intercommunale en vue de l'autorisation d'ouverture d'une officine est valable jusqu'à la parution du prochain recensement de la population municipale de Mayotte au Journal officiel.

« Au-delà de cette date, le nombre d'habitants dont il est tenu compte pour l'application du présent article est uniquement la population municipale telle qu'elle est établie par le dernier recensement de la population publié au Journal officiel. »

M. François Patriat. – Le nombre de pharmacies d'officine à Mayotte est insuffisant. L'évolution démographique, l'étendue des communes et la topographie de l'île privent les habitants d'une couverture suffisante. Cet amendement vise à y augmenter le nombre d'officines grâce à la prise en compte de la population de l'intercommunalité.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable sur les amendements n^{os}19 rectifié, 124 et 129. L'enjeu est à la fois sémantique et pratique. La notion de territoire de santé est plus pertinente et répond mieux aux enjeux de santé territoriaux.

La composition des CTS témoigne que ce n'est pas la fin de la démocratie sanitaire.

Avis défavorable à l'amendement n^o161 rectifié : des dispositifs de soutien dérogatoires existent pour Mayotte, notamment dans le cadre de la loi dite 3DS, qui abaisse le seuil requis de 7 500 à 7 000 habitants. Il est difficile d'inclure la population intercommunale dans le calcul.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis sur les trois premiers amendements. La simplification sémantique ne change rien à la démocratie sanitaire, comme le montre la composition des CTS.

Avis favorable à l'amendement n^o161 rectifié. La situation est si tendue à Mayotte que tout ce qui peut faciliter l'accès aux soins des Mahorais est bienvenu.

L'amendement n^o19 rectifié n'est pas adopté, non plus que les amendements n^{os}124, 129 et 161 rectifié.

Mme la présidente. – Amendement n^o125, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe

Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Alinéa 5

Après le mot :

compétents,

insérer les mots :

en concertation avec les associations d'élus locaux et les organisations syndicales et

Mme Céline Brulin. – Cet amendement vise à associer les associations d'élus et les organisations syndicales à la redéfinition de la délimitation des territoires de santé. Il y a un problème de périmètre, avec des territoires trop vastes. Qui mieux que les acteurs de terrain pour définir un périmètre pertinent ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Plusieurs amendements visent à ajouter des membres aux CTS. Je vous renvoie à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, qui précise bien que les élus locaux en sont déjà membres et peuvent redéfinir le périmètre du territoire de santé. Votre amendement est satisfait ; avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – En effet. Pour ce qui est des organisations syndicales, le lieu idoine est la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), non le CST. Battons-nous d'abord pour que les organisations syndicales intègrent la CRSA.

L'amendement n^o125 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n^o97 rectifié, présenté par MM. Grosvalet et Bilhac, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold et Guérini, Mme Guillotin, MM. Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Alinéa 5

Après les mots :

agence régionale de santé

Insérer les mots :

et les conseils départementaux concernés

M. Philippe Grosvalet. – Notre organisation locale de la santé est particulièrement complexe. Dans ce brouillamini, il faut confier aux départements un rôle essentiel, ès-qualités. PMI, schéma handicap... Leurs compétences sont nombreuses. Quand 1,6 million de Français renoncent chaque année à des soins, il est plus qu'urgent de mettre tous les acteurs autour de la table.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je suis très attachée aux conseils départementaux qui incarnent la proximité et l'agilité. Mais ils peuvent déjà être membres de CTS. La liste pléthorique qui figurait à l'article 1^{er} dans le texte de l'Assemblée nationale n'envoyait pas un bon signal. Une assemblée

pléthorique, par ailleurs, ne facilite pas la décision. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je ne saurais mieux dire. Avis défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. – Notre groupe n'a pas déposé d'amendement sur l'article 1^{er}, partageant l'avis de la rapporteure sur l'opportunité de dresser une liste « à la Prévert ». Toutefois, je soutiens cet amendement qui insiste sur le rôle du département, dont nous connaissons l'importance au quotidien dans les politiques de solidarité.

M. Daniel Chasseing. – Je le voterai également. Les collectivités territoriales sont associées, certes, mais les départements méritent d'être nommés : les conseils départementaux connaissent tous les cantons, dans les moindres détails, et les départements embauchent souvent des médecins salariés là où c'est nécessaire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les services départementaux de la PMI sont membres du CTS.

Mme Élisabeth Doineau. – Il est tentant d'ajouter des membres aux CTS, mais les départements y sont déjà représentés : certains présidents de conseil départemental président même le CTS. Les citer serait superfétatoire.

L'amendement n°97 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°192, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le I A est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le directeur général de l'agence régionale de santé et, lorsqu'il est constitué, le conseil territorial de santé garantissent la démocratie sanitaire sur le territoire, définie comme l'association de l'ensemble des acteurs de santé et l'ensemble des citoyens dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation permettant à chaque citoyen de devenir acteur de sa propre santé. » ;

Mme Anne Souyris. – Cet amendement définit dans la loi la démocratie sanitaire. Assumons ce terme essentiel apparu dans les années 1990, avec la lutte contre le sida.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable, sans surprise. La démocratie sanitaire est effective lorsque tous les acteurs du territoire sont réunis - c'est le cas dans le CTS, qui a pour rôle d'animer le territoire de santé. Votre amendement n'est guère opérationnel.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Sagesse. Il ne faudrait pas que la définition de la démocratie sanitaire

disparaisse de cette partie du code de la santé publique.

L'amendement n°192 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°126, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

I. - Alinéa 7

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

a) Le IA est ainsi modifié :

– après le mot : « responsable », il est inséré le mot : « collectivement » ;

– après le mot : « optimale », sont insérés les mots : « et de l'accès aux soins » ;

II. - Alinéa 8

Rétablir le a bis) dans la rédaction suivante :

a bis) Le second alinéa du I est remplacé par quinze alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil territorial de santé est notamment composé :

« 1° Du représentant de l'État dans le département ;

« 2° Du directeur de l'agence régionale de santé ;

« 3° Des directeurs des organismes locaux d'assurance maladie compétents sur le territoire ;

« 4° Des députés et sénateurs élus dans le territoire concerné ;

« 5° De représentants des collectivités territoriales du territoire ;

« 6° De représentants des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ;

« 7° De représentants des communautés professionnelles territoriales de santé ;

« 8° De représentants des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé ;

« 9° De représentants des professionnels de santé ;

« 10° Du guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé ;

« 11° De représentants des usagers.

« Le conseil territorial de santé est présidé par une personne élue parmi ses membres.

« Il garantit en son sein la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté et des personnes en situation de handicap.

« Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale. » ;

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La commission a supprimé les alinéas qui dressaient la liste des membres du CTS. Or il nous semble important d'identifier clairement ces membres pour favoriser l'adhésion de toutes les parties prenantes. Renvoyer la composition du CTS au décret fait courir un risque d'opacité.

La rédaction de la commission ne mentionne explicitement que les ordres professionnels, certes importants, mais oublie les représentants des collectivités territoriales et des usagers.

Mme la présidente. – Amendement n°178, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 7

Remplacer cet alinéa par cinq alinéas ainsi rédigés :

a) La première phrase du second alinéa du I est ainsi modifiée :

– après le mot : « concernés » sont insérés les mots : « des maires des communes du territoire concerné, » ;

– les mots : « élus des » sont remplacés par les mots : « groupements de » ;

– après le mot : « territoriales » sont insérés les mots : « de représentants de l'État et de ses services déconcentrés concernés, » ;

– après la deuxième occurrence du mot : « concerné », la fin de cet alinéa est ainsi rédigée : « dont des représentants des conseils départementaux des ordres territorialement compétents, des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé, des représentants des commissions médicales et comité sociaux des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux, de représentants d'usagers et de l'hôpital du secteur, ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. » ;

Mme Anne Souyris. – Nous rétablissons la composition des CTS, dont dépendra l'efficacité de la démocratie sanitaire dans les territoires. Mettons tous les acteurs autour de la table, convions l'ensemble des maires - la technologie le rend possible.

Le CTS doit aussi comprendre des représentants des services de l'État compétents en matière de santé environnementale et scolaire.

Mme la présidente. – Amendement n°217 rectifié, présenté par Mme Havet, MM. Patriat, Iacovelli, Théophile, Buis, Bitz et Buval, Mmes Cazebonne et Durantou, MM. Fouassin, Haye, Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier et Mohamed Soilihi, Mme Nadille, MM. Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rohfritsch et Rambaud et Mme Schillinger.

Alinéa 7

Après la référence :

I,

insérer les mots :

après les mots : « élus des collectivités territoriales » sont insérés les mots : « et de leurs groupements » et

Mme Nadège Havet. – Les intercommunalités agissent sur un grand nombre de déterminants de santé : cadre de vie, accès aux services publics, lutte contre les inégalités, prévention. Elles méritent d'être mentionnées explicitement.

Mme la présidente. – Amendement n°107 rectifié *ter*, présenté par M. Chasseing, Mme Lermytte, MM. Médevielle et Rochette, Mme L. Darcos, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault, Wattedled et Malhuret, Mmes Bourcier et O. Richard et MM. Menonville, Nougéin, Levi, Panunzi et Cadec.

Alinéa 7

Après la référence :

I

insérer les mots :

après les mots : « mentionnés à l'article L. 2112-1, » sont insérés les mots : « des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, » et,

M. Daniel Chasseing. – L'intégration des CPTS aux CTS correspond tout à fait à l'esprit de cette proposition de loi.

Mme la présidente. – Amendement n°220, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission.

Alinéa 7

Supprimer le mot :

départementaux

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Amendement rédactionnel.

Mme la présidente. – Amendement n°179, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

I. – Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots :

et après les mots : « ou de handicap », sont insérés les mots : « , et des associations de santé environnementale engagées sur le territoire concerné »

II. – Alinéa 10

Après le mot :

disponible

insérer les mots :

, sur les enjeux de santé environnementale

III. – Après l’alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

…) Le deuxième alinéa du II est complété par les mots et la phrase : « , et du plan régional santé environnement. Il peut élaborer un plan territorial de santé environnement. »

IV. – Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

, et aux zones souffrant de fragilités en santé environnementale

Mme Anne Souyris. – Depuis la conférence de Francfort de 1989, l’approche de santé environnementale, portée par les associations, les lanceurs d’alerte et les pouvoirs publics, se développe en France. Malheureusement, le plan national santé-environnement manque d’ambition et de moyens, et ne s’appuie pas suffisamment sur les acteurs de terrain. Donnons les clés des politiques de santé aux territoires et encourageons des plans territoriaux santé-environnement portés par les CTS.

Mme la présidente. – Amendement n°79 rectifié, présenté par Mme Micouleau, M. Burgoa, Mme Borchio Fontimp, MM. Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Alinéa 8

Rétablir le a bis) dans la rédaction suivante :

a bis) À la première phrase du second alinéa du I, après les mots : « élus des collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et de leurs groupements ».

Mme Brigitte Micouleau. – Nous souhaitons intégrer les intercommunalités aux CTS.

Mme la présidente. – Amendement n°80 rectifié, présenté par Mme Micouleau, M. Burgoa, Mmes Bellurot et Borchio Fontimp, MM. Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Alinéa 8

Rétablir le a bis) dans la rédaction suivante :

a bis) À la première phrase du second alinéa du I, après les mots : « élus des collectivités territoriales » sont insérés les mots : « et de leurs groupements qui le souhaite » ;

Mme Brigitte Micouleau. – Les collectivités territoriales volontaires doivent être intégrées dans les CTS.

Mme la présidente. – Amendement n°204, présenté par le Gouvernement.

I. – Alinéas 9 et 10

Rédiger ainsi ces alinéas :

b) Après le deuxième alinéa du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé élabore le projet territorial de santé et assure le suivi et l’évaluation de sa mise en œuvre, en lien avec l’agence régionale de santé. Il définit notamment les objectifs prioritaires en matière d’accès aux soins, de permanence des soins et d’équilibre territorial de l’offre de soins. » ;

II. – Après l’alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

- à la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « élaborés et » sont supprimés ;

III. – Alinéa 15

Rétablir le 3° dans la rédaction suivante :

« 3° Après l’article L. 1434-10, il est inséré un article L. 1434-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-10-1. – Les professionnels de santé du territoire siégeant au sein du conseil territorial de santé s’organisent pour répondre aux objectifs prioritaires fixés à l’article L. 1434-10. Ils veillent à réduire les inégalités de densité démographique des différentes professions de santé en vue d’atteindre ces objectifs.

« Si l’organisation proposée ou les ressources disponibles ne permettent pas de répondre aux besoins définis par le diagnostic territorial de santé, le directeur général de l’agence régionale de santé, après consultation du conseil territorial de santé, met en œuvre des mesures pour améliorer l’accès aux soins, en s’appuyant sur :

« 1° Les établissements de santé publics ou privés, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles ou tout autre acteur du territoire pour proposer une offre de soins de premier recours, le cas échéant en salariant des médecins ;

« 2° L’organisation de consultations avancées de médecins de premier ou de deuxième recours dans les zones mentionnées au 1° de l’article L. 1434-4 ;

« 3° La mise en place de dispositifs incitant à l’installation de professionnels de santé ou soutenant des actions d’amélioration de l’accès aux soins, en lien avec les collectivités territoriales et le guichet unique départemental d’accompagnement des professionnels de santé mentionné au 3° de l’article L. 1432-1 ;

« 4° La mobilisation des dispositifs conventionnels mentionnés à l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Cet amendement rétablit deux dispositions, dans une logique de coconstruction et de responsabilisation collective : réunir les acteurs ne suffit pas, il faut qu’ils formalisent un projet commun pour apporter des réponses concrètes.

Le CTS doit donc être chargé d'élaborer le projet territorial de santé, qui déterminera les objectifs, notamment en matière d'accès aux soins. Il faut également confier aux professionnels de santé qui siègent dans les CTS la responsabilité de s'organiser afin d'améliorer l'accès aux soins, et permettre à l'ARS d'agir si ces initiatives n'aboutissaient pas.

Mme la présidente. – Amendement n°195, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 9

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

b) Le II est ainsi modifié :

– après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé élabore le projet territorial de santé et assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de celui-ci, en lien avec l'agence régionale de santé. Il définit notamment les objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins. Il définit également les objectifs prioritaires en matière de prévention et d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

Mme Anne Souyris. – Le CTS doit être le pilote du Projet territorial de santé (PTS). Trop souvent, les stratégies et autres feuilles de route se superposent et plus personne ne s'y retrouve. Faisons simple : à l'échelle nationale, une stratégie nationale présentée par le Gouvernement ; à l'échelle régionale, un projet régional de santé ; à l'échelle locale, un projet territorial de santé.

Mme la présidente. – Amendement n°181, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

I. – Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

- à la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « élaborés », sont insérés les mots : « par le conseil territorial de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé, » ;

II. – Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

- le huitième alinéa est supprimé ;

Mme Anne Souyris. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous souhaitons maintenir la composition actuelle des CTS, centrée sur les acteurs de l'offre de soins, plutôt que de prévoir dans la loi une composition pléthorique. Les collectivités territoriales en sont déjà membres, puisque la loi prévoit la participation des représentants des élus. De plus, la liste des membres mentionnés par la loi n'est pas exhaustive : rien n'empêche la participation des groupements de collectivités.

En outre, la santé environnementale est une composante de la politique de santé plus globale. Les précisions apportées par ces amendements sont superflues. Avis défavorable aux amendements n°s 126, 178, 217 rectifié, 107 rectifié *ter*, 179, 79 rectifié et 80 rectifié.

L'amendement n°204 du Gouvernement rétablit des dispositions initiales mais n'apporte pas de nouveaux moyens d'action aux professionnels de santé du territoire. On y lit que « les professionnels de santé du territoire siégeant au CTS (...) veillent à réduire les inégalités de densité démographique. » C'est faire peser beaucoup sur leurs épaules ! Avis défavorable.

Avis défavorable également aux amendements n°s 195 et 181. Gare à la superposition des périmètres d'action, qui nuit à l'efficacité et à la lisibilité. La loi prévoit que le CTS participe au diagnostic territorial partagé et à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet régional de santé. Lui confier en outre un projet territorial n'est pas opportun.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Favorable à l'amendement rédactionnel n°220.

Défavorable aux amendements n° 126 à 80 rectifié, qui figent la composition alors que nous souhaitons que celle-ci s'adapte au terrain.

Avis favorable à l'amendement n°195, qui va dans le sens de l'amendement n°204. L'amendement n°181, en revanche, retirerait à l'ARS la possibilité de s'opposer à un projet territorial de santé : avis défavorable.

L'amendement n°126 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 178, 217 rectifié et 107 rectifié ter.

L'amendement n°220 est adopté.

L'amendement n°179 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 79 rectifié, 80 rectifié, 204, 195 et 181.

Mme la présidente. – Amendement n°191, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé assure la publicité des réunions du conseil territorial de santé par voie électronique sur le site internet de l'agence régionale de santé. » ;

Mme Anne Souyris. – La publicité des débats est la clé de la démocratie parlementaire, comme en témoigne l'article premier du Règlement du Sénat. Il en va de même pour la démocratie sanitaire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable : laissons les membres du CTS décider des modalités de son fonctionnement.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis : les CTS peuvent faire appel à l'ARS s'ils souhaitent donner de la publicité à leurs travaux, mais ne contraignons pas leur organisation.

L'amendement n°191 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°147, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Alinéa 8

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

a bis) Le I est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les territoires de santé reposent sur les bassins de vie. » ;

Mme Céline Brulin. – Amendement d'appel sur le périmètre des CTS. La notion de bassin de vie n'est sans doute pas très solide juridiquement, mais si l'on veut que les CTS soient des lieux de dynamique et d'innovation territoriale, où la responsabilité collective est opérante, et non des « machins » où l'on s'écoute parler, il faut que ces collectifs de travail collent au terrain. S'ils couvrent des territoires XXL, purement technocratiques, ils ne feront rien.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – À titre personnel, je vous rejoins. Je suis élue d'un département qui comptait deux territoires de santé, fusionnés par décision administrative.

Le périmètre du territoire de santé est le plus souvent départemental, avec parfois une dimension infra-départementale. La proposition de loi donne compétence au CTS pour redéfinir les limites du territoire de santé, en fonction des besoins de santé. Dès lors, avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis. Dans bien des cas, le bassin de vie sera la bonne échelle. Mais dans certains cas - Mme Firmin Le Bodo, qui a fait le tour de France des territoires de santé, vous le confirmera - ce ne sera pas le cas.

Je vous prie de m'excuser : je me rends à l'Assemblée nationale pour la discussion générale du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Mme la présidente. – Bon courage, monsieur le ministre.

L'amendement n°147 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°186, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Après la première phrase du II, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Si le diagnostic territorial de santé l'exige, peuvent être créées des commissions dédiées à l'atteinte des objectifs prioritaires définis au présent article. » ;

Mme Anne Souyris. – Les CTS doivent comprendre une commission consacrée à la santé mentale. D'autres enjeux, tels que la gériatrie, la santé environnementale, le sport-santé, pourraient aussi faire l'objet de commissions - lesquelles auraient été très utiles lors de l'épidémie de variole simienne.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les CTS peuvent déjà se doter de telles commissions. Laissons les modalités organisationnelles à la libre appréciation des acteurs. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé. – La loi le permet déjà, et certains CTS le font. Retrait, sinon avis défavorable car satisfait.

L'amendement n°186 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°127, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Il veille également à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés au neuvième alinéa de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles. » ;

Mme Céline Brulin. – Il faut articuler les projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, afin de lutter contre les ruptures de parcours.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je comprends l'esprit de cet amendement. L'ARS est associée de A à Z à l'élaboration des schémas départementaux. Depuis 2016, les schémas régionaux de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale ont fusionné. De plus, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie associe déjà le

président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Votre amendement est satisfait : retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Je partage votre intention : ces schémas se doivent d'être cohérents. Les partenaires travaillent entre eux à leur élaboration, d'autant plus que les financements sont croisés. Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°127 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°180, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 12

Après les mots :

offre de soins insuffisante

insérer les mots :

notamment une offre de soins sans dépassement d'honoraire au regard des besoins et des problématiques de santé identifiées sur le territoire

Mme Anne Souyris. – Le coût de la consultation est une cause de renoncement aux soins pour 40 % des 18-25 ans. Rendons-nous à l'évidence : un territoire doté uniquement de médecins conventionnés en secteur 2 ne garantit pas l'accès aux soins. Seule compte l'offre conventionnée en secteur 1.

Mme la présidente. – Amendement n°81 rectifié, présenté par Mme Micouveau, MM. Burgoa, Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Alinéa 12

Après les mots :

offre de soins insuffisante

insérer les mots :

, notamment une offre de soins sans dépassement d'honoraire,

Mme Brigitte Micouveau. – L'appréciation de l'offre de soins doit prendre en compte le conventionnement des praticiens en secteur 1.

Mme la présidente. – Amendement n°82 rectifié, présenté par Mme Micouveau, M. Burgoa, Mmes Bellurot et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Alinéa 12

Après les mots :

offre de soin insuffisante

insérer les mots :

, notamment au regard des besoins et des problématiques de santé identifiées sur le territoire,

Mme Brigitte Micouveau. – Il faut aussi prendre en compte les problématiques particulières, sociales, économiques, environnementales ou géographiques.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le cadre relatif à la définition des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante est déjà fixé par la loi ; ces zones sont arrêtées par le directeur général de l'ARS, après concertation avec les professionnels de santé.

D'autre part, le CTS identifie les besoins et problématiques de santé spécifiques au territoire, qui figurent dans le diagnostic territorial partagé.

Avis défavorable à ces trois amendements, superflus.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Les diagnostics territoriaux établis par les CTS avec les acteurs prennent déjà en compte l'ensemble des caractéristiques des territoires concernés : défavorable aux amendements n°s 180 et 81 rectifié.

La loi dispose déjà que le diagnostic identifie les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux : l'amendement n°82 rectifié est donc satisfait. Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°180 n'est pas adopté.

L'amendement n°81 rectifié est retiré.

L'amendement n°82 rectifié n'est pas adopté.

M. Bernard Jomier. – Nous allons nous abstenir sur cet article. En général, le premier article d'un texte porte des orientations fortes. Ici, il se contentait de lister les participants aux CTS - avant que la rapporteure ne supprime ce catalogue.

En quoi les CTS vont-ils motiver les professionnels de santé à s'engager contre la désertification médicale ? Il leur manque la capacité décisionnelle. Combien de telles instances, sans levier décisionnel ? C'est une carence profonde. Durant la pandémie, ces instances n'ont d'ailleurs pas été sollicitées.

Mme Véronique Guillotin. – Je m'abstiendrai également. Je ne suis pas convaincue de l'efficacité de ces CTS. Les instances, strates et périmètres sont trop nombreux.

Je me félicite cependant que la liste ait été élaguée. Nous devons simplifier, il faut une gouvernance claire et des moyens pour agir.

L'article 1^{er}, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 1^{er}

Mme la présidente. – Amendement n°202, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl,

MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 11° de l'article L. 1411-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° L'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. » ;

2° Après l'article L. 1411-5-3, il est inséré un article L. 1411-5-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-5-....-Il est fixé comme objectif de santé publique de faire progresser de deux années l'espérance de vie sans incapacité des Français à l'échéance de 2030.

« Afin de mesurer l'efficacité des politiques publiques en faveur de l'amélioration de l'état de santé de la population, le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport sur l'espérance de vie sans incapacité. Ce rapport favorise notamment une comparaison avec l'ensemble des pays de l'Union Européenne et un diagnostic de santé environnement permettant de mieux comprendre les déterminants de santé et de lutter contre les inégalités d'espérance de vie. »

Mme Anne Souyris. – En France, l'espérance de vie en bonne santé est de 63,9 ans en moyenne, contre 72,8 ans en Suède et 67,2 en Italie. L'allonger devrait être un objectif central de l'action publique, au même titre que le PIB ou la note du pays. Cela suppose de penser prévention, lutte contre les inégalités. Inscrivons un objectif chiffré dans la loi.

Mme la présidente. – Amendement n°34 rectifié *ter*, présenté par MM. Burgoa, Lefèvre, Bouchet et Sol, Mme Goy-Chavent, MM. H. Leroy, Menonville, Tabarot et Genet, Mme Ventalon, M. D. Laurent, Mme Muller-Bronn, M. Belin, Mme Guidez et MM. Pointereau, Cambon, Hingray et Gremillet.

Après l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 11° de l'article L. 1411-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° L'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. » ;

2° Après l'article L. 1411-5-3, il est inséré un article L. 1411-5-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-5-.... – Il est fixé comme objectif de santé publique de faire progresser de deux années l'espérance de vie sans incapacité des Français à échéance 2030.

« Afin de mesurer l'efficacité des politiques publiques en faveur de l'amélioration de l'état de santé de la population, le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport sur l'espérance de vie sans incapacité. Ce rapport favorise notamment une comparaison avec l'ensemble des pays de l'Union européenne. »

Mme Anne Ventalon. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'espérance de vie sans incapacité est un indicateur suivi par la Drees. Pour autant, fixer un objectif d'augmentation de deux ans d'ici 2030 reste purement déclaratif. Avis défavorable à ces deux amendements.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – La nouvelle stratégie nationale de santé 2023-2033 fixera une cible plus ambitieuse : plus trois ans d'espérance de vie en bonne santé. Avis défavorable aux deux amendements.

L'amendement n°202 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°34 rectifié ter.

Mme la présidente. – Amendement n°84 rectifié, présenté par Mme Micouleau, MM. Burgoa, Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Après l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1434-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sur le territoire des métropoles relevant de l'article L. 5217-1 du code général des collectivités territoriales, des communautés urbaines relevant de l'article L. 5215-20 du même code à statut particulier mentionnées aux articles L. 2512-1 et L. 3641-1 dudit code, le projet régional se décline sous la forme d'un projet métropolitain de santé, qui est co-élaboré par le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant de la collectivité ou du groupement mentionné à cet alinéa. »

Mme Brigitte Micouleau. – Nous voulons créer un volet métropolitain du projet régional de santé, co-élaboré et co-adopté par l'ARS et les élus du territoire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cela revient à créer un nouveau projet métropolitain de santé. Avis défavorable, car il faut avant tout simplifier. Les collectivités territoriales membres des CTS pourront agir dans ce cadre.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable.

L'amendement n°84 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°122 rectifié *ter*, présenté par MM. Haye, Patriat et Lemoyne, Mme Schillinger, MM. Iacovelli, Rohfrisch et Buis, Mmes Havet et Duranton, M. Omar Oili,

Mme Cazebonne, M. Fouassin, Mme Nadille, MM. Bitz, Buval, Kulimoetoke, Lévrier, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Phinera-Horth et MM. Rambaud et Théophile.

Après l'article 1er

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, le directeur général de l'agence régionale de santé, ou son représentant, présente au conseil territorial de santé les données, actualisées à l'année n-1, quantitatives relatives à l'offre de soin et qualitatives relatives à l'accès aux soins. »

M. Olivier Bitz. – Cet amendement vise à mieux informer les élus locaux et autres acteurs sur les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les acteurs doivent disposer de données fiables et actualisées, certes, mais une actualisation annuelle du zonage n'est guère réaliste. Un autre amendement propose une réactualisation tous les deux ans, ce qui est plus pertinent. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Retrait, sinon avis défavorable, car satisfait. Les présidents des CTS peuvent demander toute information utile aux ARS.

L'amendement n°122 rectifié ter est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°190 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'article 1er

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 3411-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les professionnels de santé concourent au diagnostic, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de la politique de réduction des risques et des dommages et d'amélioration de l'accès aux soins des usagers de drogues. »

II. – Le I de l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et le conseil territorial de santé présentent aux professionnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-9 du code de la santé publique, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés à l'article L. 3411-6 du même

code, et des services hospitaliers d'addictologie présents sur leur territoire de ressort, les modalités d'ouverture de l'espace de réduction des risques prévu par l'expérimentation. »

Mme Anne Souyris. – Comment expliquer que, depuis treize ans, la politique de réduction des risques et des dommages ne porte pas ses fruits ? À Paris, nous avons besoin de dispositifs renforcés en matière d'usage de drogues, de lieux de consommation supervisée, de prise en charge sanitaire et sociale, d'hébergements. À quelques mois des jeux olympiques et paralympiques (JOP), préférons-nous déplacer les usagers de drogues plutôt que les aider ? Il faut renforcer le rôle des professionnels de santé en la matière.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La première partie de l'amendement, sur la participation des professionnels de santé à la politique de réduction des risques liés aux drogues, est déjà satisfaite.

La seconde, sur l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, n'a pas été concertée avec les ARS, et ne paraît pas opportune en l'état. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – L'expérimentation est en cours jusqu'en 2025. Le dialogue avec les professionnels de santé et avec les associations a lieu, sans qu'il soit nécessaire d'inscrire une telle mesure dans la loi. Les haltes soins addictions font partie des outils mis à leur disposition.

Le renouvellement des schémas régionaux de santé a été l'occasion de traiter de l'offre de soins en la matière. Nous examinerons avec intérêt les projets de nouvelles haltes soins addictions. Avis défavorable.

L'amendement n°190 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 2 BIS

L'amendement n°94 rectifié bis n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°93 rectifié bis.

Mme la présidente. – Amendement n°25, présenté par Mme N. Goulet.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an après la publication du décret pris en application du présent article, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les effets des présentes dispositions. Ce rapport d'évaluation est assorti de propositions d'amélioration pour lutter contre le nomadisme des professionnels de santé et évalue, s'il y a lieu, l'opportunité de la mise en place d'une base de données nationale enregistrant notamment les professionnels de santé ayant bénéficié des aides visées au 1° de présent article.

Mme Nathalie Goulet. – Nous assistons à une forme de tourisme médical : certains médecins viennent dans des zones de revitalisation rurale (ZRR) pour bénéficier de subventions et de diverses facilités, puis s'en vont ailleurs... Nous l'avons tous constaté. Il

faudrait une forme de traçabilité des aides, pour que les élus soient mieux informés !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport. Le texte répond à votre préoccupation en limitant dans le temps les aides à l'installation, afin de contrer le nomadisme médical.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable, même si vous soulevez un vrai sujet. Le guichet unique donnera une vision globale des aides dispensées.

M. Bernard Jomier. – Le texte de la commission est plus restrictif que celui de l'Assemblée nationale, c'est heureux, mais nous manquons d'une vision d'ensemble. Nous l'aurions si nous avions affaire à un projet de loi, et non à une proposition de loi dépourvue d'évaluation. Mme Goulet pose une vraie question !

Mme Nathalie Goulet. – Le guichet unique, c'est bien ; la limitation dans le temps également, mais il faut aussi une limitation dans l'espace. Je maintiens l'amendement.

L'amendement n°25 est adopté.

(Applaudissements sur plusieurs travées des groupes UC et SER)

L'article 2 bis, modifié, est adopté.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – La commission des affaires sociales se réunira à 19 h 30 pour examiner la suite des amendements.

La séance est suspendue à 17 h 25.

PRÉSIDENTICE DE M. GÉRARD LARCHER

La séance reprend à 17 h 30.

Déclaration du Gouvernement relative à la situation au Proche-Orient

M. le président. – L'ordre du jour appelle une déclaration du Gouvernement, suivie d'un débat, en application de l'article 50-1 de la Constitution, relative à la situation au Proche-Orient.

Rappel au Règlement

M. Hervé Marseille. – Mon rappel au Règlement, fondé sur l'article 29 bis, concerne la proposition de résolution cosignée par quatre présidents de groupe : MM. Retailleau, Malhuret, Patriat et moi-même. Nous nous étonnons que le Gouvernement ne l'ait pas inscrite à notre ordre du jour, de surcroît sans nous prévenir - voilà qui marque une certaine réserve à l'égard du Parlement.

Cette proposition de résolution affirme que le Hamas est un groupe terroriste et que les crimes ignobles qu'il a commis constituent un crime contre l'humanité devant être porté devant la justice internationale. Ce qui a été fait pour les Bouddhas de Bâmiyân doit l'être pour les victimes de ces attentats tragiques.

L'examen de ce texte aurait permis un vote, au lieu de quoi nous nous bornerons à débattre ; c'est mieux que rien, mais nous ne saurons pas ce que pensent les uns et les autres. *(Applaudissements sur les travées des groupes UC, INDEP, Les Républicains et du RDPI, ainsi que sur des travées du RDSE ; M. Patrick Kanner applaudit également.)*

Déclaration du Gouvernement et débat

Mme Élisabeth Borne, Première ministre. – *(Applaudissements sur les travées du RDPI)* Nous assistons au retour tragique de la violence au Proche-Orient ; ses lourdes conséquences inquiètent nombre de nos compatriotes. Il relève d'un impératif démocratique de débattre de cette situation, au demeurant évolutive.

Le 7 octobre, une attaque terroriste barbare a été menée par le Hamas et le Djihad islamique contre Israël. Des centaines de civils ont été massacrés, des jeunes sauvagement assassinés au cours d'une fête, des actes odieux perpétrés dans les kibboutz de Beerï, Kfar Aza ou Réïm. Des femmes, des personnes âgées et des enfants ont été assassinés ou enlevés. Près de 1 400 personnes ont été tuées, et plus de 200 sont retenues comme otages. Trente de nos compatriotes ont été tués, et neuf sont otages ou portés disparus.

Ce déchaînement de barbarie, prémédité, n'est pas comparable aux épisodes de violence précédents. Il visait à atteindre Israël et sa population au cœur.

Je redis notre solidarité envers le peuple israélien dans cette épreuve. J'ai une pensée particulière pour les victimes françaises et leurs proches. Le Président de la République a rencontré leurs familles dès son arrivée sur place pour les assurer de notre plein soutien.

Minimiser, justifier, voire absoudre le terrorisme, c'est accepter qu'il frappe encore, en Israël, en France et partout ailleurs. Nous ne devons faire preuve d'aucune ambiguïté face à de tels crimes.

Israël a le droit à la sécurité, le droit de se défendre, dans le respect du droit international. Ceux qui confondent le droit du peuple palestinien à disposer d'un État et la justification du terrorisme commettent une faute morale et politique. Car le Hamas ne porte pas la cause palestinienne : il expose délibérément la population civile, dont il se sert comme bouclier humain. Notre interlocuteur est l'Autorité palestinienne, qui se bat depuis des années pour la paix.

Ne perdons pas de vue la gravité de la tragédie qui se joue. Il n'y a pas de victimes qu'il conviendrait de pleurer moins que d'autres. Toutes les vies ont une égale valeur. Nous nous tenons aussi au côté des familles palestiniennes endeuillées.

Je fais confiance au Sénat pour débattre de cette situation grave avec mesure et hauteur de vue.

Le Président de la République l'a dit clairement : Israël a le droit de se défendre face au terrorisme, mais la réponse militaire doit épargner les civils et respecter le droit international. La population ne doit pas payer pour les crimes des terroristes.

Le terrorisme doit être combattu, mais la réponse des démocraties doit être juste ; même dans les combats les plus âpres, n'oublions pas ce que nous sommes.

Notre amitié avec le peuple israélien est sans faille mais nous oblige aussi à lancer cet appel : Israël ne doit pas tomber dans le piège du Hamas. Plusieurs milliers de Palestiniens sont morts à Gaza, dont de nombreux enfants. Les deux millions d'habitants de Gaza sont dans une situation gravissime, qui nous touche au cœur.

Dans ce contexte, le Gouvernement se mobilise sur plusieurs fronts.

Depuis les premières heures, nous agissons pour la sécurité de nos ressortissants. Notre ambassade et notre consulat travaillent jour et nuit pour soutenir nos compatriotes victimes. Nous sommes en liaison permanente avec les familles touchées. Le Président de la République a rappelé que notre première priorité est la libération des otages : nous mettons tout en œuvre pour l'obtenir au plus vite et sans condition.

En deux semaines, nous avons permis à 3 600 de nos compatriotes de regagner le territoire national, avec le soutien de nos armées. Nous sommes en contact avec les Français bloqués à Gaza, dans des conditions très dures. Je rends hommage aux diplomates, militaires et fonctionnaires français qui œuvrent sans relâche.

La France se mobilise aussi pour aider la population de Gaza, en proie à une catastrophe humanitaire. Plus d'un million de personnes ont été déplacées, l'eau et la nourriture manquent, les hôpitaux sont saturés. Nul ne peut rester insensible devant ce drame. Il n'y a pas de nationalité qui compte quand des civils meurent, et toute vie civile perdue est un échec pour la communauté internationale.

Notre solidarité avec les populations palestiniennes ne saurait être mise en cause. Nous demandons une trêve humanitaire pour permettre un acheminement sûr de l'aide, sous l'égide de l'ONU. Plusieurs convois ont pu passer le poste de Rafah, mais c'est insuffisant.

Cette trêve doit être mise en œuvre au plus vite ; elle pourra déboucher sur un cessez-le-feu. Contrairement aux contrevérités propagées notamment par la propagande russe, la France a

soutenu la proposition de résolution présentée au Conseil de sécurité par le Brésil. Catherine Colonna est en ce moment même à New York pour participer aux négociations.

La France a toujours soutenu la population civile palestinienne. En 2022, notre aide s'est montée à 100 millions d'euros, principalement pour l'eau, la santé, l'éducation et l'agriculture. Nous avons annoncé 10 millions d'euros d'aide supplémentaire pour Gaza, où l'urgence est de rétablir l'électricité dans les hôpitaux. L'Union européenne aussi répond présent : elle triple son aide humanitaire à Gaza, et deux vols ont déjà acheminé 50 tonnes d'aide à la frontière.

Il est légitime de veiller à ce que notre aide ne tombe pas entre de mauvaises mains, mais gardons-nous des jugements hâtifs fondés sur des faits biaisés. Les procédures de contrôle prévues sont scrupuleusement suivies. Notre aide est fournie selon des procédures agréées par la communauté internationale, dont Israël ; elle est mise en œuvre par les agences de l'ONU, bénéficie à des projets concrets et est contrôlée par l'administration israélienne.

Enfin, la France se mobilise en faveur d'un processus politique pour éviter l'escalade, qui pourrait conduire à un embrasement régional. Nous multiplions les échanges avec les États voisins d'Israël. Le Président de la République a appelé de ses vœux la construction d'une coalition régionale et internationale pour lutter contre les groupes terroristes qui nous menacent tous.

La France plaide pour un règlement durable du conflit par une solution à deux États. Des garanties de sécurité solides pour Israël, un État pour les Palestiniens : la France défend cette ligne avec constance. La normalisation des relations d'Israël avec plusieurs États de la région est souhaitable, mais doit s'accompagner d'une relance du processus politique avec les Palestiniens.

Notre responsabilité est grande, et nous l'assumons. La France est en mesure de parler à tout le monde - le Président de la République sera ce soir à Amman. Notre position d'indépendance nous donne un rôle pivot pour aider à tracer le chemin de la paix.

Complexe et dramatique, la situation au Proche-Orient pèse lourdement sur la sécurité internationale. La France est porteuse d'une voix singulière au service de la justice. Nous n'avons pas le droit de renoncer : la seule solution, c'est la paix ! *(Applaudissements sur les travées du RDPI, du RDSE et du groupe INDEP, ainsi que sur certaines travées des groupes UC, SER et CRCE-K)*

M. Bruno Retailleau. – *(Vifs applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains)* Je m'associe au rappel au Règlement d'Hervé Marseille : l'examen de notre proposition de résolution aurait débouché sur un vote, permettant à chacun de s'engager. La raison d'être du Parlement, c'est la délibération.

Voilà quelques jours, un professeur de français a été tué, frappé par la bête immonde islamiste sur le sol sacré de l'école de la République. Après cet événement monstrueux, il est d'autant plus nécessaire que notre assemblée s'exprime. Tout est lié : ce qui se passe là-bas nous concerne ici.

Notre réponse ne saurait souffrir la moindre ambiguïté, la moindre hésitation. Pourquoi sommes-nous directement concernés par ce qui se passe en Israël ?

D'abord, nous partageons avec le peuple juif, comme avec tous les peuples du monde, la même condition humaine. Rien de ce qui arrive d'inhumain ne peut nous rester étranger. Comment ne pas être horrifié par les femmes et les enfants décapités - décapités parce que juifs ? Oui, ces exactions sont un crime contre l'humanité. Cette violence paroxystique est la poursuite de l'entreprise génocidaire, après le massacre des Tutsis à l'arme blanche.

Notre alliance avec Israël est irrévocable, forgée dans le creuset de nos racines judéo-chrétiennes et fondée sur nos communes valeurs démocratiques, si rares au Proche-Orient. Au nom de cette amitié spirituelle et civique, les terroristes frappent Israël comme ils nous frappent : peuple juif et État laïc, nous sommes pour eux au sommet de la mécréance.

Nous sommes liés aussi par le sang français versé : trente de nos compatriotes sont morts, quelques jours avant que Dominique Bernard ne soit lâchement assassiné. Et les images nous hantent encore des attentats commis sur notre sol. Nous nous tenons au côté du peuple juif car nous avons subi la même morsure du totalitarisme islamiste.

L'inouïe violence du Hamas n'est pas l'expression désespérée d'une cause : c'est la résurgence du totalitarisme islamiste. Le Hamas défigure la cause palestinienne en l'islamisant et en la déshumanisant. Rappelons à tous les islamo-gauchistes qui se déshonorent en refusant de qualifier les crimes commis de terroristes que le Hamas n'est pas un mouvement de résistance. Son credo n'est pas de libérer la Palestine, mais de la soumettre à la charia. Il sabote avec constance tous les efforts de paix et s'emploie à empêcher toute réconciliation, pour le plus grand bénéfice de l'Iran, qui se trouve certainement, d'une manière ou d'une autre, derrière l'attaque menée.

Tirons de ces événements tous les enseignements nécessaires. La tolérance zéro s'impose contre l'antisémitisme, même quand il avance avec le masque de l'antisionisme. L'antisionisme, c'est l'antisémitisme sans le racisme : Jankélévitch avait raison, ô combien. Madame la Première ministre, je vous demande une tolérance zéro contre les nouvelles formes d'antisémitisme.

Ensuite, pas un euro ne doit aller à une organisation terroriste. Nous ne pouvons pas retenir

les fonds humanitaires, mais l'aide française et européenne doit être scrupuleusement vérifiée.

Nous pouvons parfaitement être au côté d'Israël et lui reconnaître le droit de se défendre tout en rappelant que toute vie civile perdue est un drame, que la vie des uns vaut celle des autres et que l'honneur des démocraties est de ne pas se laisser abaisser par leurs ennemis.

Se tenir avec détermination au côté d'Israël, c'est lui reconnaître le droit d'éradiquer le Hamas, mais aussi lui tenir un langage de vérité : depuis trente ans, aucune guerre n'a été gagnée sans solution politique - les Américains l'ont appris en Irak et en Afghanistan, nous au Sahel.

Une espérance doit se lever. La solution à deux États semble aujourd'hui bien lointaine, mais ne la perdons pas de vue : c'est la ligne du Sénat et celle de la France.

Alors que la violence est de retour, n'oublions pas que c'est le Hamas qui a déclenché les hostilités ; que c'est lui qui abolit la frontière entre civils et militaires, en usant de boucliers humains. *(M. Jean-François Husson renchérit.)*

La France a une responsabilité particulière. Nous devons déployer tous nos efforts diplomatiques pour promouvoir la solution à deux États.

Ce combat est le combat sans cesse recommencé contre le totalitarisme islamiste, qui ne s'est jamais si bien porté dans le monde : il règne à Kaboul, revient en Irak, se répand en Afrique et frappe en France.

Intraitable, notre réponse doit être globale : policière, judiciaire, législative peut-être. En nous désignant comme leur ennemi, en ciblant l'école laïque, les terroristes islamistes nous montrent un chemin de résistance : la République et son école, qui transmet une grammaire collective et un idéal français.

Pour l'heure, réaffirmons solennellement, en mémoire des victimes israéliennes, notre soutien indéfectible au peuple juif, qui porte au Proche-Orient le flambeau de la démocratie, au prix du sang. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur des travées des groupes UC et INDEP ; M. Martin Lévrier applaudit également.)*

M. Patrick Kanner. – *(Applaudissements sur les travées du groupe SER)* « La violence, il faut la dénoncer, il faut la vomir, il faut l'isoler. Ce n'est pas la voie des démocraties. » Ainsi parlait Yitzhak Rabin le 4 novembre 1995, quelques minutes avant d'être assassiné.

Les heures sombres de l'obscurantisme sont de retour. Les actes terroristes doivent nous révolter. Voici le témoignage, d'une grande dureté, du colonel Weissberg, chargé de l'identification des victimes : « Que dire lorsque vous découvrez le corps d'une femme enceinte éventrée, dont on a coupé la tête ainsi que celle de son bébé, lorsque vous découvrez des mères et des grands-mères sauvagement violées ? »

Ces massacres doivent nous révolter, comme les enfants morts sous les bombardements et la situation de la population de Gaza, prise en étau. Il faut nommer et dénoncer ces atrocités ; s'y refuser est inexcusable.

Le Hamas tyrannise le peuple qu'il prétend défendre. Israël a le droit d'éradiquer cette émanation sanguinaire de l'hydre islamiste, qui vient de commettre les pires horreurs que l'humanité ait connues depuis le génocide au Rwanda et le massacre de Srebrenica.

Le Président de la République a proposé la participation de la coalition contre Daech à la lutte contre le Hamas. Madame la Première ministre, nous avons besoin de précisions sur cette annonce.

Les morts civils parmi les Palestiniens sont aussi insupportables. Toute vie sacrifiée est un drame pour l'humanité.

Nous devons nous élever contre les forces obscurantistes, à commencer par le Hamas, qui vise l'extermination de tous ceux qui ne se soumettent pas à sa loi. Que ceux qui n'en sont pas convaincus relisent sa charte !

Aucune négociation n'est possible, mais nous devons agir pour les otages. Je présume que c'est l'objet de la visite du Président de la République - même si nous aurions préféré qu'elle ait lieu après le débat au Parlement.

Comme Daech, le Hezbollah ou Boko Haram, le Hamas est un avatar du mouvement islamiste qui parvient, grâce au soutien du Qatar ou de l'Iran, à toujours se réinventer.

Les victimes françaises sont trente, au moins. C'est la première fois depuis les terribles attentats de Nice qu'autant de nos compatriotes sont tués.

Mais ne faisons pas d'amalgame : dans notre pays, les partisans d'un État islamique sont une infime minorité. Le conflit au Proche-Orient ne doit pas être importé sur notre sol.

Pas d'amalgame, mais pas non plus d'angélisme. La tolérance zéro est de mise face à l'antisémitisme, comme face à toute discrimination à l'encontre de nos compatriotes de confession musulmane.

Aristide Briand disait : « La loi protège la foi tant que la foi ne dicte pas sa loi. » Cette formule qui vous est chère, monsieur le président, résume notre laïcité. Aucun précepte religieux n'est supérieur à la loi de la République.

Transiger avec ces principes, c'est faire mourir une deuxième fois Samuel Paty et Dominique Bernard. La sanction est nécessaire, mais quels sont les moyens de lutter contre la radicalisation ? Exclure des élèves pour un comportement inacceptable au cours de l'hommage à ces deux professeurs, bien sûr : mais après ?

La prévention du poison totalitaire doit être au cœur de notre action républicaine. S'il existe des proies dans nos quartiers, c'est qu'il existe des prédateurs. À cet égard, n'oublions pas que 75 % des attentats islamistes commis sur notre sol l'ont été par des Français. Les semeurs de terreur ont en horreur nos lumières, la laïcité, la liberté d'expression et le droit des femmes à disposer de leur corps.

Au Proche-Orient, depuis trente ans, la solution à deux États n'est toujours pas mise en œuvre. Depuis 1995 et l'assassinat d'Yitzhak Rabin par un ultra-nationaliste, l'esprit des accords d'Oslo se dissipe. La politique actuelle du gouvernement israélien n'est pas exempte de critiques. Il nous faut condamner avec fermeté les choix qui exacerbent les tensions et privent de perspectives la jeunesse palestinienne. Cet engrenage sans fin condamne toute avancée sur le chemin de la paix.

J'ai été horrifié par ces mots d'un père vivant dans un village du sud-Liban dirigé par le Hezbollah, dont le fils venait d'être tué lors d'une incursion en Israël : « La Palestine a besoin du sang de ses martyrs ».

Socialistes, nous soutenons la reconnaissance de deux États souverains. Les progressistes palestiniens comme la gauche israélienne doivent œuvrer à une résolution durable du conflit, avec notre soutien. Nous devons appuyer les démarches positives, comme celles de *Women Wage Peace* et de tous ceux qui bâtissent des ponts plutôt que des murs.

Du côté palestinien, une construction politique tournant le dos à la corruption est nécessaire.

La France et l'Europe doivent tout mettre en œuvre pour favoriser la désescalade. Le rapport publié en décembre dernier par notre commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sous l'égide de Christian Cambon est une source d'inspiration précieuse. Les conditions d'une nouvelle feuille de route pour la paix y sont clairement définies.

En attendant le retour à la raison, ce sont les peuples d'Israël et de Palestine qui sont pris en otage, leurs enfants qui sont marqués au fer rouge de la guerre. Pourtant, ce sont les enfants de ces deux peuples qui auront la lourde charge de mettre un terme à cette guerre sans fin. Les solutions existent, fondées sur le respect mutuel et la foi inébranlable en un avenir de paix. *Shalom, salam ! (Applaudissements sur les travées du groupe SER et sur des travées du GEST, des groupes UC et Les Républicains)*

M. Olivier Cadic. – *(Applaudissements sur les travées du groupe UC)* Plus de deux semaines après les attaques du Hamas qui ont fait plus de 1 400 morts, nous sommes toujours sous le choc. Au nom du groupe UC, j'ai une pensée pour toutes les victimes, dont nos trente compatriotes. Nous comptons toujours neuf Français disparus : nous soutenons les efforts du Gouvernement pour leur libération. Nous pensons aux blessés et à toutes les victimes civiles en Israël ou à Gaza.

Nous pensions avoir atteint le sommet de la monstruosité avec les attentats d'Al-Qaïda du 11 septembre 2001 ou de Daech à Paris. Mais voici que le Hamas s'inscrit dans cette compétition barbare.

Massacres de masse, actes de torture, enlèvements : les mots sont impuissants face à l'ignominie. Israël est en droit de se défendre et de chercher à éradiquer le Hamas. Ne nous y trompons pas : le Hamas, comme Daech ou Al-Qaïda, hait nos valeurs et veut en finir avec la civilisation occidentale. On comprend donc que le Président de la République ait proposé que la coalition internationale contre l'État islamique lutte aussi contre le Hamas.

Rien ne serait pire que de confondre le Hamas avec la cause palestinienne et sa légitime revendication d'un État. Le Hamas a franchi une ligne rouge, mais quelle solution pour Israël à Gaza ? Envoyer les Palestiniens en Égypte ou au Qatar ? Aucun État ne l'accepterait. Bombarder indistinctement la population de Gaza ? C'est le piège tendu par le Hamas. Les démocraties doivent combattre dans le respect du droit international, mais les terroristes du Hamas se cachent parmi la population et bénéficient du soutien de l'Iran. La déclaration récente du ministre des affaires étrangères iranien appelant à tuer les Juifs rejoint en tout point la doctrine du Hamas. La Russie jubile ; quant à la Chine, c'est le banquier de l'attelage.

Si Israël bombarde Gaza, qui gèrera Gaza en ruines, devenue un immense bidonville ? Qui empêchera que sa jeunesse ne rejoigne le terrorisme ? Qui empêchera l'escalade avec le Hezbollah, proxy de l'Iran ? Hier, j'assistais à la prise d'armes aux Invalides en mémoire des victimes de l'attentat du Drakkar, sous la présidence du ministre Lecornu. N'oublions pas nos militaires tombés. Nos 700 soldats stationnés au Liban seraient les premières victimes d'un embrasement.

Le rapport de M. Cambon « Israël – Palestine : redonner un horizon politique au processus de paix » avait anticipé la situation actuelle.

Le gouvernement de M. Netanyahu comprend des suprémacistes juifs, partisans de l'expansionnisme et qui veulent soumettre l'État à la loi religieuse. C'est une menace pour les fondements de la démocratie israélienne.

De nombreux articles de presse ont sonné l'alarme. En février dernier, dans *Le Monde*, Sophie Bessis dressait ce constat : « D'un côté, les provocations délibérées de ministres israéliens pressés de montrer aux Palestiniens de quel côté se situe la force ; de l'autre, la montée d'un désespoir mortifère devant la dégradation des conditions de vie en Cisjordanie et l'absence de toute perspective de paix ». Une addition de haines n'a jamais donné un bon résultat pour les peuples.

La solution à deux États est la seule viable pour la paix. Je me réjouis que le Président de la République soit aujourd'hui à Tel-Aviv pour réaffirmer la position

exprimée par le général de Gaulle dans sa conférence de presse du 27 novembre 1967.

Président du groupe d'amitié France-Pays du Golfe, je me suis réjoui des accords d'Abraham. Mais s'ils ont vocation à promouvoir la paix, tous mes interlocuteurs du Golfe m'ont dit que la cause palestinienne restait essentielle pour leur population.

En 2003, la France a prouvé son indépendance. Elle est aujourd'hui un tiers de confiance naturel, qui peut ouvrir un nouvel horizon au processus de paix. Pour cela, nous devons en finir avec la cécité volontaire et le déni de réalité. La paix supposera, pour Israël, d'abandonner la colonisation ; pour la Palestine, d'organiser un calendrier démocratique.

La France doit être l'aiguillon d'un nouveau dialogue, l'Union européenne investir le volet politique après le volet humanitaire. Je salue le rôle de l'Égypte, qui a autorisé le passage de l'aide après des jours de fermeture de la frontière. Vendredi prochain, un vol spécial apportera du fret médical, nous nous en réjouissons.

Être aux côtés de ceux qui souffrent pour porter l'espoir : c'est la démarche d'apaisement du Président de la République, dont j'espère qu'elle sera fructueuse. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC et sur des travées du RDSE ; MM. Rachid Temal et Rémi Féraud applaudissent également.*)

Mme Nicole Duranton. – (*Applaudissements sur les travées du RDPI*) Le Proche-Orient est le théâtre de défis et de conflits persistants depuis 75 ans. Avec la résolution 181 de 1947, l'Assemblée générale des Nations unies a posé le principe de deux États indépendants. En 1948, l'État d'Israël est créé et les conflits commencent : guerres israélo-arabes, guerre du Kippour, intifadas. Les accords d'Oslo de 1993 ont apporté un vent d'espoir, mais le processus reste inachevé. Depuis, les tensions se succèdent.

L'attaque d'il y a trois semaines est inédite par sa violence, d'une barbarie sans précédent. « C'est une séquence nouvelle d'un conflit qui ne s'est pas éteint », selon Bertrand Badie. Notre colère est immense est les mots ne sont pas assez forts pour dénoncer ces actes terroristes. Rien ne justifie le terrorisme, nulle part, jamais : une évidence, sauf pour certains. Pourtant, notre pays a aussi été frappé par le terrorisme, encore dernièrement avec l'assassinat de Dominique Bernard.

La France a une amitié profonde et ancienne avec Israël, ce dont témoigne la visite d'Emmanuel Macron. Nous pensons aussi au peuple palestinien, pris en étau entre l'armée israélienne et le Hamas. Vous avez raison, madame la Première ministre, les Palestiniens ne sont pas le Hamas, et le Hamas n'est pas les Palestiniens.

En juin 2022, je me suis rendue à Gaza et en Cisjordanie. La mission avait pour thème l'avenir du processus de paix au Proche-Orient. (*M. Christian Cambon le confirme.*) La tension à Gaza et à Hébron

était très grande, les perspectives bouchées. Dans notre rapport, nous avons estimé que la solution à deux États restait la seule viable pour répondre aux aspirations de chacun et à la sécurité de tous. Un an après, la situation s'est embrasée.

Le Hamas et le Djihad islamiste balaient tous les efforts de paix des deux peuples, semant la désolation et la mort. Le Hamas doit être éradiqué. Notre pays est une nouvelle fois endeuillé, car le terrorisme n'a pas de frontière. Depuis Israël, notre Président de la République adresse un message fort aux familles des victimes.

À Gaza, la porte de Rafah doit rester ouverte et l'aide humanitaire accrue - la France l'augmente de 10 millions d'euros.

Ce n'est pas une guerre conventionnelle. Israël a le droit de se défendre, mais sa riposte ne peut se faire contre le droit international et humanitaire. Un second front menace avec le Hezbollah et l'Iran, mais il faut tout faire pour la désescalade. L'Iran menace Israël d'une action préventive et des soldats américains ont été inquiétés. Nous craignons des conflits dans tout le Proche-Orient et l'embrasement général.

Madame la Première ministre, nous sommes, comme vous, convaincus que la France est un artisan de paix, ce dont témoignent les déclarations du Président de la République. La ministre de l'Europe et des affaires étrangères a rappelé, lors du sommet pour la paix au Caire, que la seule solution viable était à deux États.

Nous devons nous unir derrière la bannière commune de la paix. Le seul combat, c'est celui pour la paix.

Selon Raymond Poincaré, la paix est une création continue : continuons donc d'en être les artisans. *(Applaudissements sur les travées du RDPI et du groupe INDEP, ainsi que sur quelques travées du groupe SER)*

Mme Cécile Cukierman. – *(M. Pierre Ouzoulias applaudit.)* Rien ne justifie l'horreur du samedi 7 octobre 2023. À l'heure où le soleil se lève, la barbarie a frappé Israël, volonté du Hamas qui a revendiqué ces actes terroristes. Ces enfants, femmes et hommes qui ne demandaient qu'à vivre ont été tués et pris en otage. Ce 7 octobre était le jour de *Sim'hat Torah*, la joie de la Torah. Mais la joie s'est tue. Le Hamas veut « tuer du juif », renvoyant à un antisémitisme multiséculaire. La douleur du peuple israélien est profonde, nous nous y associons.

L'engrenage de la violence s'amplifie. Dominique de Villepin l'a bien dit : « *Le droit à la légitime défense n'est pas un droit à une vengeance indiscriminée.* » Nous nous refuserons toujours à opposer les morts.

La situation à Gaza n'est pas soutenable. Deux millions de personnes y sont privées d'eau, de nourriture, de carburant, certains boivent de l'eau de

mer. Des centaines de camions quotidiens seraient nécessaires, loin des vingt actuels.

Elle n'est pas soutenable pour le peuple israélien, car la situation est le terreau de la radicalisation à venir.

Elle n'est pas soutenable à l'échelon international, car se joue aussi l'avenir de la sécurité du Proche-Orient et du monde.

Oui, la France doit agir contre cette guerre, elle doit œuvrer pour la paix. Pas de « oui, mais », mais le respect du droit international, dont la résolution des Nations unies actant la solution à deux États et la fin de la colonisation. Prix Nobel de la paix 1994, Yasser Arafat, Shimon Peres et Yitzhak Rabin se sont battus pour la paix. Ce dernier l'a payé de sa vie.

Nous saluons le déplacement du Président de la République en Israël, mais nous sommes surpris par ses propos de ce jour, qui laissent penser à une nouvelle intervention militaire de la coalition contre Daech. Un débat et un vote au Parlement seraient alors absolument nécessaires.

La France doit être à l'initiative d'une nouvelle résolution à l'ONU et doit redemander à Israël la libération de Marwan Barghouti.

Surtout, la France doit s'attaquer au Hamas, qui ne peut être l'avenir du peuple palestinien. La barbarie du 7 octobre expose ses liens avec le Djihad islamique et le place parmi les adversaires de la démocratie. Détruire Gaza ne l'affaiblira pas, car ses dirigeants sont au Qatar. Cessons nos relations diplomatiques et invitons d'autres pays à le faire.

Les auteurs et les instigateurs des attentats devront être traduits devant la justice internationale.

Nous demandons un cessez-le-feu immédiat pour mettre fin au massacre des civils et libérer les otages. Sans cela, c'est l'embrasement de tout le Proche-Orient qui se prépare. Personne ne domine la guerre, personne ne sait au profit de qui elle se finit.

La France est attendue par les habitants d'Israël et de Palestine, qui veulent vivre en paix. Je salue les habitants de Haïfa, de Nazareth et d'ailleurs qui se réunissent, au-delà de leurs origines, pour réclamer la fin de cette logique mortifère. Aux enfants d'Israël et de Palestine, je dis que nous ne les oublions pas : nous voulons qu'ils grandissent heureux pour voir chaque jour le soleil se lever.

L'affirmation de la paix est le plus grand des combats, disait Jean Jaurès. Qu'elle soit celui de nous tous. *(Applaudissements sur les travées des groupes CRCE-K, SER et du GEST, ainsi que sur quelques travées du RDSE, du RDPI et du groupe UC)*

M. Claude Malhuret. – Je condamne cet effroyable massacre et je dénonce ceux qui s'y refusent.

Peu important notre colère et notre douleur, nous avons un devoir : comprendre pour agir. Il y aura un

avant et un après le 7 octobre 2023, comme pour le 11 septembre 2001 et le 24 février 2022.

Le visage du monde actuel se dessine. À la chute du mur de Berlin, les démocraties pensaient avoir gagné. Le 11 septembre 2001 a révélé leur vulnérabilité. Aujourd'hui, l'Internationale des dictatures - Russie, Chine, Corée du Nord, Iran - se reforme dans sa guerre contre l'Ukraine. Le 7 octobre 2023, les mêmes quatre cavaliers de l'Apocalypse sont solidaires dans le refus de dénoncer le terrorisme islamiste. Le monde bipolaire du XX^e siècle et le monde unipolaire qui l'a suivi ont vécu. Dictatures et démocraties s'affrontent à nouveau dans un monde multipolaire où ces dernières ont perdu beaucoup de terrain.

Tordons le cou à la propagande de la sous-intelligentsia des pseudo-experts : le Sud global n'existe pas. Dix pays africains, huit pays sud-américains et l'Inde ont condamné les exactions du Hamas. D'autres se sont abstenus. Ce Sud global, le rêve des dictatures, n'est qu'un rêve. Qu'il ne devienne pas une réalité, voilà notre devoir.

Les raisons qui ont poussé le Hamas sont avant tout d'anéantir les accords d'Abraham. Si les mains qui ont égorgé les enfants sont à Gaza, le cerveau est à Téhéran. La réaction de Joe Biden doit être saluée. Sans succès pour l'heure, il essaie de rencontrer les dirigeants arabes modérés.

Nul besoin d'être un spécialiste pour savoir ce qu'il a vraiment dit au Premier ministre israélien : le 11 septembre 2001 a été pour les Américains le même choc que le 7 octobre 2023 pour les Israéliens, et l'Afghanistan et l'Irak sont deux erreurs qui ont embrasé le Moyen-Orient, le souhait de Ben Laden. Qu'Israël ne fasse pas la même erreur. Ce conseil, c'est le seul qui pourrait faire échouer le plan du Hamas. Aujourd'hui, le Président de la République délivre le même message. Portera-t-il ses fruits ? Ce sera extrêmement difficile.

Quelles seront les options à moyen terme ? Remplacer le Hamas par le Fatah, une force arabe d'interposition... Aucune n'est crédible. Une guerre totale contre le peuple palestinien ruinerait la détente amorcée par les accords d'Abraham, seul espoir pour le Moyen-Orient et pour sa prospérité. L'échec du sommet pour la paix du Caire montre le coup qu'elle a subi.

À long terme, il faudra réussir la coexistence pacifiée d'Israël avec ses voisins, non un choix, mais une obligation. Les accords d'Abraham sont la première pierre. La prise en compte du sort des Palestiniens, point aveugle des accords, doit les compléter.

Les massacres du 7 octobre nous éloignent de la paix, et j'espère que le vertige d'un nouvel embrasement aux conséquences dramatiques pourrait nous faire retrouver le chemin de la raison. *(Applaudissements sur les travées du groupe INDEP*

et du RDPI, ainsi que sur plusieurs travées du RDSE, des groupes SER, UC et Les Républicains)

M. Guillaume Gontard. – *(Applaudissements sur les travées du GEST)* Le 7 octobre dernier, la violence du Hamas fut abjecte : 1 400 tués, 3 000 blessés, plus de 200 otages. Je réitère notre condamnation la plus ferme de ces atrocités.

Le 7 octobre 2023 est déjà entré dans l'Histoire. Là s'est enclenché le piège du Hamas. La riposte du Gouvernement israélien s'apparente à une punition collective. Le tapis de bombes tue indistinctement. Les victimes civiles, dont de nombreux enfants, se comptent par milliers.

Le droit de la sécurité d'Israël ne peut exister que dans le respect du droit humanitaire. Ce n'est pas un droit à une vengeance aveugle. On ne gagne pas la guerre contre la terreur, car le terrorisme se nourrit du désespoir et de la haine. On peut tuer des combattants, mais pas une idéologie, contre laquelle le combat ne peut être que politique. Or la haine et le ressentiment sont à leur paroxysme, excités par le Hamas ou l'extrême droite messianique.

La perspective de paix s'éloigne pour toute la région. Au nord d'Israël, les échanges de tirs se multiplient avec le Hezbollah, tandis que les États-Unis répondent aux menaces de l'Iran.

Entre dissuasion et peur d'un conflit généralisé, le monde vit dans l'expectative. Les empires autoritaires observent avec intérêt cette dégradation pour poursuivre leurs velléités expansionnistes, comme en Ukraine. Tout cela doit cesser. Une intervention terrestre de Tshal serait dramatique.

Si l'inflexion de votre discours sur la trêve humanitaire est bienvenue, madame la Première ministre, les propos du Président de la République à Tel-Aviv nous inquiètent grandement. Que signifie faire participer « la coalition internationale de lutte contre Daech à la lutte contre le Hamas » ? Bombarder Gaza ? Ce serait inacceptable.

Livrer des armes ? Inacceptable également, alors que les bombardements contre Daech avaient fait entre 1 300 et 12 000 victimes civiles dans des territoires bien moins denses que Gaza.

Loin de telles velléités belliqueuses, la France doit retrouver la voix forte qui fut celle de Jacques Chirac, qui refusait la guerre en Irak, saluée partout dans le monde arabe. Or l'Europe a de longue date fait sienne le principe d'Henri Queuille : il n'y a pas de problème qu'une absence de solution ne finisse par résoudre. Mais dans ce cas, cela se fait dans la douleur et la violence.

Nous avons laissé prospérer le Hamas sur les ruines du processus de paix, anéanti par l'assassinat d'Yitzhak Rabin et la dévitalisation de l'Autorité palestinienne. Le peuple palestinien a le choix entre un suicide à petit feu ou une explosion de violence.

Nous faisons nôtre la démonstration magistrale de Jean-Louis Bourlanges à l'Assemblée nationale, avec le refus de la colonisation qui ghettoïse la Cisjordanie. Le Président de la République semble partager ce constat, mais chat échaudé craint l'eau froide. Nous demandons au Président de la République de reconnaître l'État palestinien, comme 138 États, et de plaider pour la libération des prisonniers politiques palestiniens. Notre pensée, comme celle de Dominique de Villepin, va à Marwan Barghouti. Sans transition politique, toute la Cisjordanie risque le chaos à la mort de Mahmoud Abbas.

Il est encore temps d'agir avec force en jouant une autre partition que les États-Unis. L'exemple de l'Union européenne montre que les ennemis irréductibles d'hier peuvent devenir les amis de demain. Il est encore temps d'agir pour la paix, une juste cause qui finira par triompher, comme le disait Yitzhak Rabin. *(Applaudissements sur les travées du GEST et des groupes SER et CRCE-K)*

Mme Maryse Carrère. – *(Applaudissements sur les travées du RDSE)* Le 4 mars 1983, le président Mitterrand disait à la Knesset : « Je ne sais s'il y a une réponse acceptable par tous au problème palestinien. Mais nul doute qu'il y a problème et que non résolu il pèsera d'un poids tragique et durable sur cette région du monde. »

Israël a vécu le 7 octobre un drame absolu : l'assassinat de 1 400 personnes et la prise d'otage de plus de 200 personnes. Ces atrocités ne laissent de place ni à la nuance ni à la polémique : le RDSE condamne sans réserve ces actes terroristes et nous pensons aux familles de victimes. Il faut libérer nos neuf compatriotes retenus en otage. Une fois de plus, le terrorisme islamiste a montré qu'il était sans égard pour la vie humaine, après le 11 septembre et les attentats de novembre 2015.

Ce drame du 7 octobre a conduit à un autre drame : celui de la population de Gaza, assiégée par Tsahal. Deux peuples souffrent. Comment ne pas comprendre la défense d'Israël alors que les actes du Hamas portent les germes du génocide ? Mais la souffrance des Israéliens entraîne celle des Palestiniens : la douleur n'a ni frontières ni religion. À Gaza, on compterait plus de 4 000 morts et des centaines de milliers de déplacés. L'objectif du Hamas était clair : semer une discorde irréconciliable entre Israéliens et Palestiniens, alors que ses têtes pensantes sont confortablement installées à l'étranger.

Parce que le Hamas est l'ennemi de la paix, parce qu'il est l'ennemi du peuple palestinien, parce qu'il parie sur le chaos, la communauté internationale doit sortir de ce piège. La solution n'est pas militaire, mais l'équilibre est difficile à trouver entre droit à se défendre et respect du droit international. Le droit de la guerre est un oxymore.

Alors que Biden a demandé à Netanyahou de ne pas commettre les mêmes erreurs qu'après le 11 septembre, la diplomatie doit reprendre le dessus

face au risque d'embrasement. En effet, du Hamas au Hezbollah, puis du Hezbollah à Téhéran, il n'y a qu'un pas.

Vous l'avez dit, madame la Première ministre, préserver les civils est essentiel. Une trêve humanitaire serait conforme aux valeurs humanistes de la France. L'eau et la nourriture doivent circuler.

La solution à deux États refait surface. Après les accords d'Abraham, cependant, Benyamin Netanyahu s'était bercé d'illusions sur la sécurité d'Israël. Nous devons combler le vide diplomatique et les Palestiniens doivent restaurer une autorité politique claire.

La vengeance n'apportera pas la paix, mais le sommet de la paix qui s'est tenu en Égypte montre que nous ne convergions pas, tant l'épée de Damoclès d'un assaut sur Gaza est lourde.

Enfin, il est de notre responsabilité, comme élus de la République, de ne pas faire de la Palestine un enjeu national. Notre pays doit tenir un langage de vérité, notamment auprès des jeunes, pour qu'ils ne regardent pas le monde à travers un prisme culturel ou religieux.

D'une façon générale, ne baissons pas les bras face à l'obscurantisme. Madame la Première ministre, nous serons à vos côtés. En 1919, à Verdun, Georges Clemenceau disait qu'il est plus compliqué de faire la paix que la guerre. La paix doit être la boussole des peuples.

Gardons aussi à l'esprit les mots de Saint Exupéry : « Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible. » *(Applaudissements)*

M. Aymeric Durox. – À l'heure où les regards du monde se portent sur la poudrière du Proche-Orient, j'ai une pensée émue pour les victimes du Hamas et en particulier nos compatriotes, assassinés et pris en otages.

Oui, le Hamas est une organisation terroriste, parmi les plus horribles, en témoigne l'abject massacre du 7 octobre. Il est indigne, par calcul électoral ou par idéologie, de considérer le Hamas comme un mouvement de résistance, souillant ce beau mot.

Israël a le devoir de protéger sa population. Dans ce contexte, on aurait pu attendre une voix forte de la France. Hélas, trois fois hélas *(M. Mickaël Vallet s'exclame)*, le Président de la République, selon qui il n'y a pas de culture française, ne comprend pas la singularité de notre pays. Il a préféré se rendre en Allemagne, puis en Albanie, attendant 17 jours pour atterrir enfin en Israël. Et que dira-t-il d'autre qu'un Olaf Scholz ou qu'une Ursula von der Leyen, qui se prend pour une cheffe d'État ?

Pour que la voix de la France porte à nouveau, elle doit renouer avec sa tradition diplomatique, forte, car libre ! Ainsi, la déclaration des droits des Nations et des peuples que propose Marine Le Pen pourrait

servir de guide à la normalisation des relations interétatiques au Proche-Orient.

Notre pays pourrait retrouver sa place dans le concert des Nations pour protéger les Français et peser sur la scène internationale. Comme Clemenceau le disait à cette tribune le 11 novembre 1918, la France sera toujours le soldat de l'idéal.

M. Mickaël Vallet. – Encore un effort pour Jean Jaurès !

M. Olivier Becht, *ministre délégué chargé du commerce extérieur, de l'attractivité et des Français de l'étranger.* – Vous nous interrogez sur la forme que pourrait prendre l'extension à la lutte contre le Hamas de la coalition internationale contre le terrorisme. Celle-ci n'est pas que militaire : il s'agit de renseignement, de lutte contre le financement du terrorisme et contre le djihadisme en ligne.

La lutte contre le terrorisme et pour la paix nécessite la coopération de tous. Je rassure le président Retailleau, notre politique est la tolérance zéro contre l'antisémitisme.

Pas un euro de l'aide humanitaire ne va au Hamas. Notre aide passe par les agences des Nations unies et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR).

Je remercie Olivier Cadic d'avoir mentionné les trente Français tués par le Hamas et les neuf otages. Nous déployons tous nos efforts pour les libérer.

Je vous rassure également, monsieur Malhuret, madame Carrère : notre diplomatie travaille à éviter toute escalade et à préserver les accords d'Abraham.

Enfin, si la ministre de l'Europe et des affaires étrangères n'est pas là, c'est parce qu'elle se trouve au Conseil de sécurité des Nations unies, où nous demandons une trêve humanitaire depuis une semaine. (*Applaudissements sur les travées du RDPI et sur quelques travées du groupe UC ; Mme Véronique Guillotin applaudit également.*)

Mme Élisabeth Borne, *Première ministre.* – Alors que ce débat touche à sa fin, je remercie tous les orateurs. La situation est grave et exigeait un débat respectueux : cela a été le cas. Nos sensibilités diffèrent, c'est la démocratie, mais nous nous rejoignons sur l'essentiel.

Tout d'abord, je constate un large consensus pour condamner l'attaque terroriste du Hamas et pour dénoncer l'horreur et la barbarie de ces actes. Les mots ont un sens, refuser de les prononcer également. Je salue votre condamnation, sans état d'âme, de l'attaque du Hamas. Nous reconnaissons à Israël le droit d'assurer sa défense, dans le cadre du droit international.

Ensuite, nous sommes d'accord pour dire que les civils palestiniens sont également les victimes du Hamas, avec des milliers de morts. Il n'y a pas de double standard. Nous appelons à la trêve

humanitaire, au cessez-le-feu et à un accès immédiat de l'aide.

Autre point d'accord, nous devons tout faire pour éviter un embrasement régional. Par notre histoire, notre voix indépendante, la France a un rôle à jouer pour bâtir la paix. Dans cette optique, le Président de la République fait tout contre l'escalade et pour défendre une solution à deux États. Comme il vient de le déclarer après son entretien avec Mahmoud Abbas, nous sommes convaincus qu'une initiative forte pour la paix doit être conduite.

Vous faites part d'inquiétudes sur l'importation du conflit dans notre pays. Nous combattons l'antisémitisme, un poison qui n'a pas sa place en démocratie, sous toutes ses formes. Notre engagement est total : dès l'attaque, avec le Président de la République, nous avons demandé au ministre de l'intérieur de s'adresser aux préfets et aux forces de l'ordre et avons renforcé la sécurité des écoles et lieux de cultes grâce à Sentinelle. Plus de 300 personnes ont été arrêtées pour des actes antisémites. Des 4 000 signalements reçus sur la plateforme Pharos, 300 sont entre les mains de la justice. Nous ne laissons rien passer, en ligne comme dans la rue.

Je condamne les outrances et les dérives à des fins électoralistes. Elles sont irresponsables. Je me réjouis que le Sénat partage cette position. Les circonstances sont graves ; nous avons un devoir de cohésion nationale et de solidarité.

Avec le Président de la République, nous défendrons toujours le chemin de la justice et de la paix. C'est l'honneur de la France de se tenir aux côtés du peuple israélien comme du peuple palestinien. (*Applaudissements*)

La séance est suspendue à 19 h 25.

PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE VERMEILLET,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 21 heures.

Accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (Procédure accélérée - Suite)

Discussion des articles (*Suite*)

APRÈS L'ARTICLE 2 BIS

Mme la présidente. – Amendement n°2 rectifié *quinquies*, présenté par M. Fichet, Mmes Artigalas, Blatrix Contat et Bonnefoy, M. Bourgi, Mme Canalès, M. Cozic, Mme Daniel, MM. Darras, Gillé, Jacquin et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Marie, Mérillou et

Michau, Mmes Monier et Narassiguin, MM. Ouizille, Redon-Sarrazy, Stanzione, Temal, Tissot, Uzenat, Ziane, M. Weber et Kerrouche, Mme Lubin et MM. Pla, Cardon et Ros.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

«...° Au nom du principe d'équité territoriale, les zones prioritaires pour l'installation des médecins exerçant une activité libérale caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée, afin de garantir aux populations un accès à ces professionnels de santé par voie terrestre dans un délai de transport inférieur à trente minutes. »

M. Jean-Luc Fichet. – Nous proposons une obligation d'installation des nouveaux médecins prioritairement dans les zones sous-denses, en donnant au directeur de l'ARS les prérogatives afférentes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les zones sous-denses sont définies par le code de la santé publique, qui prévoit déjà des mesures incitatives d'installation. Votre amendement est satisfait ; avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Ce n'est pas en ajoutant des contraintes que nous rétablirons la confiance. Avis défavorable.

M. Jean-Luc Fichet. – Cet amendement n'est pas satisfait. Les dispositions incitatives votées s'accumulent, mais le résultat est nul. Soyons plus coercitifs. Cette proposition reste modérée, puisque nous ne proposons pas de durée précise. Elle est très attendue.

À la demande de la commission, l'amendement n°2 rectifié quinquies est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°9 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	307
Pour l'adoption.....	70
Contre	237

L'amendement n°2 rectifié quinquies n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°185 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4111-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont autorisés à exercer leur activité en ville dans les conditions prévues à l'article L. 4111-1-3. » ;

2° Après l'article L. 4111-1-2, il est inséré un article L. 4111-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4111-1-... – Toute nouvelle installation d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste en ville au sens de l'article L. 4111-1 est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé du territoire où se situe la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste, après avis simple, rendu dans les trente jours suivant sa saisine, du conseil départemental de l'ordre dont il relève.

« Si la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste est située dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du présent code, l'autorisation est délivrée de droit.

« Dans le cas contraire, l'autorisation d'installation ne peut être délivrée qu'à la condition qu'un médecin ou un chirurgien-dentiste de la même spécialité et exerçant dans la même zone cesse concomitamment son activité.

« Les conditions d'application de ces dispositions sont définies selon les modalités définies de la convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ».

II. – Si, dans les douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, aucune disposition d'application des 1° et du 2° du I du présent article n'a été instituée dans les conditions prévues aux 8° et 9° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, ces dispositions sont précisées par décret et entrent en vigueur au plus tard le 1^{er} septembre 2024.

III. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui formule des propositions afin de cibler des aides à l'installation vers les zones où l'offre de soins est la plus dégradée.

Mme Anne Souyris. – Nous souhaitons réguler l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées. Une autorisation serait délivrée en cas de cessation d'activité d'un médecin de la même spécialité.

La régulation n'est pas une lubie. Le Québec l'a prouvé, avec une augmentation de 76 % des médecins en zones sous-dotées en quatre ans. Ce n'est en rien révolutionnaire. Le Président de la République avait proposé une régulation dans son programme en 2022.

Mme la présidente. – Amendement n°133 rectifié, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4111-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont autorisés à exercer leur activité en ville dans les conditions prévues à l'article L. 4111-1-3. » ;

2° Après l'article L. 4111-1-2, il est inséré un article L. 4111-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4111-1-... – Toute nouvelle installation d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste en ville au sens de l'article L. 4111-1 est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé du territoire où se situe la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste, après avis simple, rendu dans les trente jours suivant sa saisine, du conseil départemental de l'ordre dont il relève.

« Si la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste est située dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4, l'autorisation est délivrée de droit.

« Dans le cas contraire, l'autorisation d'installation ne peut être délivrée qu'à la condition qu'un médecin ou un chirurgien-dentiste de la même spécialité et exerçant dans la même zone cesse concomitamment son activité. Cette autorisation est de droit.

« Les conditions d'application de ces dispositions sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins et du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes. »

II. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui formule des propositions afin de cibler des aides à l'installation vers les zones où l'offre de soins est la plus dégradée.

Mme Silvana Silvani. – Cet amendement est issu du groupe de travail transpartisan de l'Assemblée nationale. Il s'agit de flécher l'installation des jeunes médecins et dentistes vers les zones sous-dotées : l'autorisation y serait de droit. C'est un aménagement du principe de liberté d'installation qui continue de prévaloir.

Mme la présidente. – Amendement n°17 rectifié *bis*, présenté par MM. Menonville, Bonneau, Médevielle, Canévet et Guerriau, Mme Jacques, M. Cambier, Mme Antoine, M. Kern, Mmes Herzog et Perrot, MM. J.M. Arnaud, Folliot, Maurey, Verzelen et Cigolotti, Mme Saint-Pé et M. Gremillet.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 162-2, après les mots : « le malade, », les mots : « la liberté d'installation du médecin, » sont supprimés ;

2° Après l'article L. 162-2-1, il est inséré un article L. 162-2-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-2-1-... – L'installation d'un médecin libéral en-dehors d'une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, est subordonnée à une autorisation de l'agence régionale de santé. Seuls les médecins disposant de cette autorisation peuvent être conventionnés par l'assurance maladie.

« L'autorisation ne peut être accordée que si le demandeur assure la succession d'un professionnel libéral, relevant de la même spécialité médicale, qui cesse définitivement son activité dans la zone. Un décret en Conseil d'État précise selon quelles modalités le médecin libéral mettant fin à son activité désigne son successeur.

« En l'absence de successeur désigné, l'agence régionale de santé peut autoriser l'installation d'un médecin libéral qui en a fait la demande, selon des critères et une procédure définis par décret en Conseil d'État.

« À titre exceptionnel, en l'absence de cessation d'activité d'un confrère, le conventionnement peut être accordé, dans des conditions précisées par décret, à un médecin libéral qui fait état de raisons personnelles dûment justifiées, afin notamment de lui permettre de se rapprocher de son conjoint à la suite d'une mutation professionnelle ou d'une personne en situation de perte d'autonomie dont il est le proche aidant. »

M. Franck Menonville. – Cet amendement tend lui aussi à subordonner l'installation de médecins aux besoins en santé.

Il prévoit une dérogation pour certaines situations personnelles comme le rapprochement de conjoint.

La régulation existe déjà pour d'autres professionnels de santé.

Mme la présidente. – Amendement n°128 rectifié, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin d'atteindre les objectifs fixés au présent article, dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même

zone, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. »

Mme Céline Brulin. – Nous proposons un conventionnement sélectif, pour que l'installation se fasse concomitamment à la cessation d'activité d'un médecin de la même spécialité.

Les mesures actuelles d'incitation coûtent beaucoup aux collectivités, qui se font concurrence. Les médecins sont assez réfractaires à la coercition ; pourtant, les déserts médicaux sont vastes - plus de 85 % du territoire, cela leur laisse le choix ! De la sorte, les médecins partageront mieux leur patientèle, et donc les efforts, alors que certains sont épuisés et n'arrivent plus à accueillir de nouveaux patients.

Le système actuel est en échec, nos concitoyens sont en grande détresse et en colère. Lorsque le libéral ne répond plus, la puissance publique doit agir !

Mme la présidente. – Amendement n°37 rectifié *quater*, présenté par Mme Lermytte, MM. Chasseing, Wattedled, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin, MM. Verzelen et Guerriau, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mmes Saint-Pé et Josende et MM. Maurey et Longeot.

Après l'article 2 bis

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 mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

M. Daniel Chasseing. – Il y a 180 % de médecins « thésés » par rapport à 1990, mais ils ne veulent pas s'installer. J'ai moi-même eu du mal à trouver un successeur. Quand un médecin part, une commune se désertifie.

Je propose qu'en concertation avec les syndicats médicaux, dans les zones où il y a un fort excédent, un nouveau médecin ne puisse être conventionné qu'en cas de départ d'un autre médecin. La liberté d'installation perdurerait, mais le conventionnement ne serait possible que de manière sélective dans les zones sur-dotées.

Mme la présidente. – Amendement n°45 rectifié *bis*, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 2 bis

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 :

« ... Dans les zones définies au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national dans lesquelles est constaté un excédent en matière d'offre de soins, les conditions du conventionnement à l'assurance maladie de tout nouveau médecin libéral sous réserve de la cessation d'activité libérale concomitante d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent alinéa ; ».

Mme Émilienne Poumirol. – Nous étendons aux médecins libéraux le dispositif de régulation à l'installation appliqué à d'autres professions de santé - pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes... Ainsi, nous préservons le principe de liberté d'installation, tandis que le conventionnement, lui, devient sélectif.

Les mesures de coercition pures peuvent être efficaces, mais il faut aussi réformer la formation des jeunes médecins, par exemple avec des stages en zone sous-dense. Bref, il faut mobiliser toutes les solutions.

Mme la présidente. – Amendement n°26 rectifié, présenté par Mme Blatrix Contat.

Après l'article 2 bis

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 20° bis ainsi rédigé :

« 20° bis Les conditions à remplir pour être conventionné, notamment 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 ; ».

II. – Si dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, aucune mesure de limitation d'accès au conventionnement n'a été instituée dans les conditions prévues au 20° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, l'accès des médecins au conventionnement prévu par l'article L. 162-5 du même code est régulé dans les conditions suivantes :

1° Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des médecins, les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé ;

2° Dans les zones mentionnées au 1°, un médecin ne peut accéder au conventionnement que concomitamment à la cessation d'activité d'un confrère exerçant dans la même zone. Est assimilé à une cessation d'activité le transfert de la résidence professionnelle du confrère vers une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

III. – Le II cesse d’avoir effet à la date d’entrée en vigueur des mesures de limitation d’accès au conventionnement instituées dans les conditions prévues au 20° bis de l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

IV. – Les modalités d’application du II sont fixées par décret en Conseil d’État.

Mme Florence Blatrix Contat. – Nous voulons encadrer le conventionnement dans les zones les mieux dotées. L’État doit enfin jouer son rôle de régulateur. L’Ain est au troisième rang des départements sous-dotés, avec 74 médecins pour 100 000 habitants.

Notre mesure est pragmatique, pour un meilleur accès aux soins : c’est une question d’équité et de justice. Les mesures incitatives ne fonctionnent pas.

Mme la présidente. – Amendement n°44 rectifié bis, présenté par MM. Sautarel, Perrin, Rietmann, Brisson, J.P. Vogel, Bacci, Burgoa et Bonhomme, Mme Dumont, MM. Tabarot, Gremillet, H. Leroy, Panunzi, Cadec, E. Blanc, Bouchet et Lefèvre, Mme Ventalon, MM. D. Laurent, Menonville, Genet et de Nicolaÿ, Mmes Noël, Josende et P. Martin, MM. Belin, Pointereau, Anglars, Hingray, Cambon, Folliot, Maurey, Delcros, Sido et de Legge et Mme Bonfanti-Dossat.

Après l’article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – 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 et pour une durée de trois ans, 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.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l’ordre des médecins, fixe les conditions d’application du présent article. »

II. – En l’absence de convention conclue dans les conditions prévues au 21° de l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Six mois avant la fin de l’expérimentation prévue au même I, un comité composé de députés, de sénateurs, de représentants des collectivités territoriales, des administrations compétentes de l’État et des ordres des professions de santé concernées procède à l’évaluation de la mise en œuvre du présent article et propose les mesures d’adaptation qu’il juge nécessaires. Le rapport

établi par ce comité est transmis au Gouvernement ainsi qu’au Parlement.

M. Laurent Burgoa. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ces amendements visent à réguler l’installation des médecins généralistes. Mais n’oublions pas les tensions démographiques de la profession, qui a perdu 5 000 généralistes entre 2010 et 2021. Plus de 85 % des territoires sont en zone sous-dense. L’accès aux soins est difficile partout. Réguler l’installation ne résoudra aucune difficulté.

M. Bruno Belin. – Très bien !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La défiance est grande chez les étudiants. La médecine générale est leur 42^e choix, sur 44. De plus, nous sommes en pleine négociation conventionnelle. Au Québec, la régulation ne marche pas. (*Mme la ministre le confirme ; Mmes Annie Le Houerou et Émilienne Poumirol se récrient.*)

Je crains un vent de déconventionnement, qui fragilisera la sécurité sociale. Résultat : une médecine à deux vitesses.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – On l’a déjà !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Autre résultat : moins de temps médical.

M. Alain Milon. – Bien sûr !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Vous encouragerez la prise en charge de consultations à tarif élevé par des mutuelles ; certaines complémentaires le font déjà, pour l’ostéopathie par exemple. Nous n’assurerons pas un juste accès aux soins à coup d’improvisations dirigées contre les médecins. Avis défavorable à tous ces amendements.

M. Bruno Belin. – Très bien !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable à ces huit amendements. 87 % de la France est un désert médical. Il n’y a pas de zone sur-dotée en France ! (*On le conteste à gauche.*)

M. Patrice Joly. – C’est faux !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – L’enjeu est de restaurer la confiance. Seules les solutions construites avec les médecins fonctionnent. (*M. Jean-Luc Fichet le conteste.*) L’attractivité de la médecine générale est essentielle.

Nous avons entamé des négociations avec les chirurgiens-dentistes, preuve que c’est possible.

Je suis très vigilante à ne pas décourager les jeunes médecins. Choisir la médecine est un engagement, qu’il faut encourager. Pourquoi les jeunes ne choisissent-ils pas la médecine libérale ? À cause des menaces de coercition.

Ils sont déjà courtisés par de nombreux pays ; nous devons conserver cette ressource rare.

Quant aux médecins un peu plus âgés, ils ne sont pas responsables des choix faits dans le passé. Le *numerus clausus* a été supprimé beaucoup trop tard. Nous aurons 20 % de médecins supplémentaires, mais pas avant huit ans.

Les médecins n'ont jamais compté leur temps, souvent en solitaire : les jeunes veulent travailler différemment. Nous devons faciliter l'exercice des médecins libéraux.

Enfin, c'est non la France, mais le monde qui est un désert médical. N'encourageons pas des départs à l'étranger.

Un médecin de moins en centre-ville, ce n'est pas un médecin de plus en milieu rural. Renouons la confiance avec les médecins généralistes, n'envoyons pas un mauvais signal à la profession.

M. Bruno Belin. – Madame la ministre, la fin tardive du *numerus clausus* n'est pas le problème. Il a été trop tiré vers le bas dans les années 1990 !

La menace de coercition est une vraie erreur. Il faut motiver les jeunes étudiants en médecine. S'il est envoyé au fin fond du Finistère, un jeune médecin fera la tête, ne sera pas motivé et s'occupera mal de sa patientèle.

MM. Patrice Joly et Jean-Luc Fichet. – C'est un scandale...

M. Bruno Belin. – Et qui va décider qui s'installe où ? Vous voulez créer un nouveau concours, où les premiers choisissent leur affectation ! Voilà comment créer une médecine à deux vitesses, et accélérer les déconventionnements.

Enfin, la médecine salariée embauche à tour de bras ! Il y a des candidats pour être médecin coordonnateur en Ehpad, sans astreinte, sans garde ni permanence de soins.

Gardez plutôt le plus longtemps possible les médecins en activité. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains ; Mme Véronique Guillotin applaudit également.*)

M. Alain Milon. – J'adhère aux propos de la ministre et de M. Belin.

En 1973, Simone Veil a appliqué pour la première fois le *numerus clausus* créé en 1971, qui a constamment baissé, puis réaugmenté à partir des années 2000.

Sur la Côte d'Azur, il y a beaucoup d'inscrits à l'ordre des médecins. Mais attention : beaucoup n'exercent plus, ils sont retraités. Entre Nice et Saint-Raphaël, il n'y a pas un seul dermatologue libéral.

En Espagne, 18 000 médecins espagnols ont demandé à partir à l'étranger, à cause d'un système coercitif.

Au Canada, un médecin en zone sous-dotée gagne 370 000 euros par an, des sommes bien supérieures

aux zones plus denses. Mais après leurs deux années obligatoires dans ces zones, ils partent.

Mme Céline Brulin. – Un effort considérable de formation est nécessaire. Pour remplacer un médecin, il en faut en fait deux ou trois !

Ajouter une quatrième année d'internat a aussi joué un rôle dans le manque de motivation.

Peut-être que dans les négociations conventionnelles, nous pourrions revaloriser les consultations en échange d'engagements, dont une forme de régulation. Certains parlent de menaces, et pourtant les professeurs vont enseigner dans les classes difficiles, ils n'ont pas le choix et personne ne le conteste ! (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. Bruno Belin. – Ils sont fonctionnaires !

Mme Céline Brulin. – Le conventionnement sélectif, c'est le président Macron qui l'a proposé ! Pourquoi, madame la ministre, n'y adhérez-vous plus ?

Enfin, la médecine à deux vitesses existe déjà : voyez sur Doctolib, on trouve des rendez-vous très vite dans le quartier, mais à des prix prohibitifs...

Mme Élisabeth Doineau. – La pénurie en elle-même détruit les possibilités de régulation.

À l'hôpital, il y a une régulation pour les médecins. Or on manque de médecins dans tous les hôpitaux : la régulation ne fonctionne pas.

Le système allemand ne fonctionne pas vraiment : seuls les territoires d'outre-mer seraient avantagés, pas les territoires métropolitains, si on l'appliquait.

Il existe une régulation dans d'autres professions, mais on manque toujours autant de pharmaciens ou d'infirmiers.

Nombre de jeunes médecins risquent de se déconventionner ou de choisir des remplacements, au détriment de l'animation du territoire.

Mme Monique Lubin. – La liberté des Français qui n'ont pas de médecin, quelle est-elle ? Je ne suis pas une farouche tenante de la coercition, mais que répondre à nos concitoyens qui ne peuvent se faire soigner ou qui n'ont pas de solution après 20 heures ? Que proposez-vous ?

M. Bruno Belin. – Et qu'a fait Lionel Jospin quand il était Premier ministre ?

Mme Monique Lubin. – Si notre solution n'est pas parfaite, proposez autre chose ! Pierre Mauroy disait que tous les enfants de France, même ceux du Nord, avaient droit à des enseignants. Il en va de même pour les médecins.

M. Jean-Luc Fichet. – Nos amendements ne sont pas contre les médecins, mais pour les territoires !

M. Bruno Belin. – Ils sont contreproductifs.

M. Jean-Luc Fichet. – De nombreux territoires sont en très grande souffrance. Cela fait dix ans que l'on fait des propositions.

M. Jean-François Husson. – Qu'a fait François Hollande ?

M. Jean-Luc Fichet. – Combien d'argent versé, en cumulé, en mesures incitatives, pour un résultat proche de zéro ?

La proposition de loi Retailleau, reprise dans le PLFSS 2023, a créé une dixième année de médecine, pour éviter la coercition. (*Mme Cathy Apourceau-Poly le confirme.*) Aujourd'hui, rien n'a bougé. Seuls 11 % des médecins formés s'installent. Où vont les autres ? Les médecins ont tous bénéficié d'une formation payée par l'argent public. Ils ont des droits, et des devoirs.

M. Jean-François Husson. – Vous avez eu cinq ans pour ne rien faire, sous Hollande !

M. Bernard Jomier. – Je n'ai pas de problème philosophique avec la régulation, mais nous savons que ces mesures ne fonctionneront pas. Sur 100 000 médecins formés, 50 000 s'installent. La vraie question est celle de l'attractivité. Les jeunes ne veulent plus : lors des choix de septembre, la médecine générale a reculé. Empêcher l'installation dans quelques territoires n'aura aucun effet sur les autres, d'autant que l'on pourra exercer partout en zone sur-dotée comme salarié !

L'exemple des kinés et des infirmiers ne tient pas. Regardez la démographie : les médecins, profession non régulée, sont mieux répartis sur le territoire que ces deux autres professions !

Les solutions sont complexes et lentes. La filière visuelle a entamé sa réorganisation il y a une dizaine d'années : les résultats sont là, et aucun ophtalmologiste n'a été empêché de s'installer.

Mme Émilienne Poumirol. – Longtemps, on a considéré qu'il fallait moins de médecins pour dépenser moins. Nous savons désormais que c'était une erreur. (*M. Bruno Belin le confirme.*)

La menace de déconventionnement est réelle - mon département est champion en la matière - mais relative. Surtout, elle tient à la pénurie.

La médecine est « libérale » jusqu'à un certain point, madame la ministre : la consultation est remboursée par la Sécurité sociale, sur deniers publics ! Les médecins ne sont pas des épiciers.

Je reste persuadée qu'il s'agit du plus beau métier du monde, mais il faut en améliorer l'attractivité : exercice coordonné, stages en zone sous-denses. En attendant, la régulation peut améliorer la répartition.

Mme Nadia Sollogoub. – Les études sont peut-être gratuites, mais les étudiants donnent tant d'heures sous-payées à l'hôpital, qu'à la fin on leur doit de l'argent !

Mme Cathy Apourceau-Poly. – C'est autre chose !

Mme Nadia Sollogoub. – Pour avoir envie de s'installer dans un territoire, rien de tel que d'en être originaire. Si plus de jeunes Nivernais font des études de médecine, ils seront plus nombreux à s'installer dans la Nièvre. On paie des inégalités anciennes.

Nous mettons la charrue avant les bœufs. Attendons de voir les effets de la quatrième année de médecine générale : les docteurs juniors vont bientôt faire une année en ambulatoire dans nos territoires, et peut-être avoir un coup de cœur pour nos régions.

M. Jean-François Husson. – Très bien !

M. Olivier Bitz. – Certains déserts sont plus asséchés que d'autres. Dans l'Orne, il faudrait deux fois plus de médecins généralistes pour atteindre la moyenne nationale !

Je suis favorable à une régulation, mais concertée avec les médecins - à l'instar de celle acceptée par les chirurgiens-dentistes le 21 juillet. Avec les médecins, les négociations n'aboutissent pas, hélas. C'est pourquoi, en attendant une régulation acceptée par les professionnels, je voterai ces amendements, à titre personnel.

M. Patrice Joly. – Soyons attentifs au vocabulaire utilisé : non pas coercition, mais régulation ! Lorsqu'on dit qu'un territoire est sur-doté, cela ne veut pas dire qu'il y a trop de médecins, mais en période de pénurie, il faut tenir compte de l'ensemble.

La France comptait 260 000 médecins en 2010, 310 000 aujourd'hui : nous avons des médecins ! Il faut mieux les répartir, en leur demandant un effort de solidarité. Les années 1971, 1981, c'est la préhistoire ! Nous avons tous eu tort. La réalité, c'est que dans les territoires, 20 % des patients n'ont plus de médecin référent.

Mme la présidente. – Il faut conclure.

M. Patrice Joly. – Regardez ce qu'acceptent les kinés, les infirmiers mais aussi quantité de fonctionnaires ! (*Marques d'impatience sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. Jean-François Husson. – Il faut être concis.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous ne stigmatisons nullement les médecins. Nous savons combien ils ont donné pendant la pandémie, et continuent à donner... Mais que faire ? Nous avons 85 % de zones sous-denses, six millions de personnes sans médecin traitant. On a tout essayé : aides à l'installation, locaux, secrétaires - en vain. Les maires construisent des maisons de santé qui restent vides ! Que répondre aux habitants qui nous supplient de leur trouver un médecin traitant ? Nous attendons vos propositions.

Mme Véronique Guillotin. – Nous n'avons pas un problème de répartition, mais de pénurie. Or on ne peut pas répartir la pénurie.

M. Jean-Luc Fichet. – Si !

Mme Véronique Guillotin. – Il y a en effet quelques zones sur-denses, dans l'Ouest - et encore, pas forcément en généralistes. Mais quel sénateur ici affirmera qu'il peut se passer d'un médecin sur son territoire ?

Infirmiers, pharmaciens, kinés... Ces professions ne vont pas si bien que cela. Combien de petites pharmacies rurales ne sont pas reprises ?

De plus en plus de jeunes professeurs refusent d'être envoyés à l'autre bout de la France et font autre chose. Le monde a changé.

Il faut tenir un discours de vérité : oui, nous aurons des problèmes pendant quelques années. Mais nous pouvons les résoudre. Dans mon territoire, pourtant complètement désertifié, la maison de santé fonctionne, avec des maîtres de stage et des jeunes qui frappent à la porte. Accueillons le bataillon de docteurs juniors qui va arriver, anticipons, et faisons-leur découvrir nos territoires ! (« Très bien ! » sur les travées du groupe Les Républicains)

M. Daniel Chasseing. – Les amendements ne sont pas identiques. Celui que j'ai défendu vise des zones définies par l'ARS en concertation avec les syndicats médicaux où il existe un fort excédent. S'il n'en existe pas, comme le dit Alain Milon, il ne servira à rien. Mais essayons au moins de répondre à l'angoisse des déserts médicaux ! Il ne s'agit que d'une toute petite dose de coercition, et encore...

Mme Pascale Gruny. – Les étudiants en médecine ne veulent pas de coercition. J'avais déposé un amendement, hélas frappé par l'article 40, pour créer des antennes universitaires des UFR Santé dans les territoires sous-dotés afin d'y favoriser l'ancrage des étudiants. L'Aisne n'a pas d'université : nos jeunes vont donc étudier à Amiens, Lille ou Reims. Les deux premières universités acceptent qu'ils reviennent faire leur stage chez nous, mais pas l'université de Reims ! C'est un sujet à creuser, madame la ministre.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°185 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°10 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	263
Pour l'adoption.....	53
Contre	210

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

L'amendement n°133 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°17 rectifié bis.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°128 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°11 :

Nombre de votants.....	342
Nombre de suffrages exprimés.....	323
Pour l'adoption	107
Contre	216

L'amendement n°128 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°37 rectifié quater n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 45 rectifié bis et 26 rectifié.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°44 rectifié bis est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°12 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	312
Pour l'adoption	124
Contre	188

L'amendement n°44 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°78 rectifié ter, présenté par MM. P. Joly et Fichet, Mmes Narassiguin et Espagnac, MM. Darras, Marie, Roiron et Tissot, Mme Monier, M. Michau, Mme Blatrix Contat, M. Redon-Sarrazy, Mme Bonnefoy, MM. Cozic et Ziane, Mme Lubin et M. Kerrouche.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – 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-.... – L'exercice de la médecine à tout autre titre que ceux mentionnés à l'article L. 4131-6 est subordonné à l'exercice préalable de la médecine générale, pendant douze mois en équivalent temps plein, dans l'une des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4. Cette durée est accomplie sur une période maximale de vingt-quatre mois dès l'obtention du diplôme.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

II. – Le I n'est pas applicable aux médecins qui, à la date de publication de la présente loi, remplissent les conditions mentionnées au I de l'article L. 632-2 du code de l'éducation.

M. Patrice Joly. – Il s'agit là encore d'une mesure de régulation : une obligation d'exercice en zone non sur-dotée, pour une durée de douze mois en ETP pour les nouveaux médecins diplômés qui ne souhaitent pas exercer devant des patients. En effet, une étude de 2015 indiquait que 25 % des diplômés n'exercent pas face à des malades.

Étant donné l'urgence, nous proposons que ces médecins donnent de leur temps, en une fois ou à mi-temps sur deux ans.

Mme la présidente. – Amendement n°76 rectifié *ter*, présenté par MM. P. Joly et Fichet, Mmes Narassiguin et Espagnac, MM. Darras, Marie, Roiron et Tissot, Mme Monier, M. Michau, Mme Blatrix Contat, M. Redon-Sarrazy, Mme Bonnefoy, MM. Cozic, Ziane et Kerrouche et Mme Lubin.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – 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-.... – La signature d'une convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par un médecin, généraliste ou spécialiste, installé dans une zone caractérisée par une offre de soins particulièrement élevée au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du présent code, est subordonnée à l'exercice préalable de son activité, pendant au moins dix-huit mois en équivalent temps plein sur une période maximale de trois ans dans une zone autre que celles évoquées aux 1° et 2° de l'article L. 1434-4 du même code. Cette durée peut être accomplie, selon le choix du médecin – généraliste et spécialiste -, de manière continue ou par intermittence et à un rythme qu'il détermine.

« Dans l'une des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° du même article L. 1434-4, cette durée est réduite à douze mois sur une période maximale de deux ans. Cette durée peut être accomplie, selon le choix du médecin – généraliste et spécialiste -, de manière continue ou par intermittence et à un rythme qu'il détermine. Le cas échéant, la période accomplie dans cette zone est prise en compte pour le calcul de la durée mentionnée au premier alinéa du présent article si le médecin – généraliste et spécialiste - concerné s'installe ultérieurement dans une zone relevant du 2° de l'article L. 1434-4.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

II. – Le I n'est pas applicable aux médecins - généralistes et spécialistes - qui, à la date de publication de la présente loi, remplissent les conditions mentionnées au I de l'article L. 632-2 du code de l'éducation.

M. Patrice Joly. – Cet amendement prévoit que les jeunes médecins formés consacrent dix-huit mois en ETP à exercer en zone non sur-dotée, sur trois ans, avant de s'installer dans une zone sur-dotée. Cette période est réduite à douze mois s'ils exercent en zone sous-dotée, en libéral ou comme salarié.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Si je comprends bien, l'amendement n°78 rectifié *ter* demande à l'ensemble des jeunes médecins diplômés,

quelle que soit leur spécialité, d'aller au préalable devant des patients en zone sous-dense. Comme si nous n'avions pas besoin de médecins de santé publique ou de biologistes ! (*M. Patrice Joly proteste.*) Avis défavorable.

Avec l'amendement n°76 rectifié *ter*, vous envoyez des jeunes généralistes ou spécialistes exercer la médecine générale pendant dix-huit mois en zone sous-dense.

M. Patrice Joly. – Le spécialiste exercera dans sa spécialité !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable.

M. Bruno Belin. – Très bien !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable sur les deux amendements. Certains étudient la médecine sans pour autant exercer devant des patients. Respectons leur choix. Nous avons besoin de ces médecins de santé publique, qui ont été formés pour.

Vous m'avez interpellée sur les solutions. L'équation est connue : 85 % de la France est un désert médical...

M. Thierry Cozic. – Non !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – ... et les 15% de médecins supplémentaires que nous formons grâce à la fin du *numerus clausus* n'arriveront pas avant huit ans. Pour répondre aux besoins de santé, nous devons dégager du temps médical. Ce que nous faisons avec l'assistant médical, avec l'exercice coordonné...

Mme Émilienne Poumirol. – Et j'y tiens !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Grâce au duo ophtalmo-orthoptiste, les délais pour obtenir un rendez-vous commencent à diminuer. Il faut inculquer aux jeunes médecins la culture du travail en exercice coordonné.

Incitons les jeunes à découvrir la pratique dans un hôpital de proximité en zone sous-dense. Madame Gruny, avec Sylvie Retailleau, nous encourageons les stages dans des villes dépourvues d'université, et 25 conventions ont été signées entre les universités et des villes comme Dunkerque, Le Havre ou Arras. Accélérons en ce sens.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles fonctionnent bien lorsque le projet est conçu par des professionnels et avec les collectivités. (*Marques d'approbation sur les travées du groupe Les Républicains*)

Je comprends la détresse des élus, pour l'être moi-même, mais ce n'est pas en votant une mesure inefficace, voire délétère pour la nouvelle génération, que nous ferons avancer les choses. (*Mme Monique Lubin et M. Jean-Luc Fichet protestent.*)

Environ 2 500 médecins envisagent un déconventionnement : l'effet serait désastreux pour l'accès aux soins.

Mme Véronique Guillotin. – Nous avons voté il y a à peine un an une quatrième année de médecine générale. D'ici trois ans nous accueillerons un bataillon de docteurs juniors dans les territoires sous-denses : vos amendements sont satisfaits. N'allons pas ajouter encore une année, après dix ans d'études ! Utilisons les outils existants et ne détournons pas les médecins de la médecine générale, car il y a à la fois une usure des anciens et un découragement des jeunes.

M. Thierry Cozic. – Et les habitants ?

M. Bernard Jomier. – Je partage le constat de Patrice Joly sur l'évaporation en fin d'études, qui concerne aussi les autres professions : 20 à 30 % des infirmiers n'exercent pas une fois diplômés. On n'aurait pas l'idée de les y contraindre ! Prenons ce phénomène pour ce qu'il est : une perte d'attractivité pour un métier difficile.

Certains ont évoqué la convention des chirurgiens-dentistes. Or elle ne vise que le salariat, et ils se sont donnés dix-huit mois pour se mettre d'accord sur les conditions. Quand il faudra réguler l'installation en salariat, on s'attaquera aux centres de santé - ce sera autrement complexe !

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Nous partageons le constat. Madame la ministre, tout est question de confiance. Nos concitoyens n'ont pas confiance dans les politiques menées.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Absolument !

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – « Que faites-vous, concrètement ? », demandent les élus locaux. Même les professionnels de santé ont perdu confiance. Vous proposez ce texte en pleine négociation conventionnelle ! Face au marasme, chaque texte, chaque PLFSS tente d'apporter des solutions, mais le discours politique n'est plus audible, tant la confiance s'érode. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°78 rectifié ter est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°13 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	257
Pour l'adoption.....	27
Contre	230

L'amendement n°78 rectifier ter n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°76 rectifié ter.

Mme la présidente. – Amendement n°42, présenté par Mme N. Goulet.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Il est remis au Parlement un rapport sur le fonctionnement du Centre national de gestion dans les six mois de la publication de la présente loi.

Mme Nathalie Goulet. – Nous sommes tous des malades en puissance, et, dans la plupart de nos départements, les médecins manquent. La situation est des plus inquiétantes.

J'ai interrogé le ministère pendant tout l'été sur le fonctionnement du Centre national de gestion (CNG), dont la gestion, justement, est pour le moins opaque : site internet qui fonctionne mal, pas de ligne téléphonique, pas d'organigramme. J'ai même posé une question écrite - en vain, là aussi.

D'où cette demande de rapport, pour essayer de comprendre comment fonctionne l'accréditation des médecins étrangers.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse.* – Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée.* – Avis défavorable. Un problème s'est posé lié au stock de dossiers à traiter. Le CNG n'est pas le seul acteur impliqué : l'ordre des médecins, notamment, participe aussi à l'évaluation des Padhue. Nous essayons d'accélérer, car nous avons besoin de ces praticiens dans nos hôpitaux, mais dans le respect des procédures prévues par la loi. En outre, nous avons déconcentré au niveau régional une partie des procédures de validation des acquis de l'expérience (VAE).

Mme Nathalie Goulet. – Madame la ministre, vous avez bien conscience que nous faisons un galop d'essai du PLFSS. Or nous n'avons ni chiffres ni informations sur la procédure... Combien de médecins sont-ils en voie d'accréditation ?

Mme Marie Mercier. – Face à la raréfaction médicale, que faire ? La contrainte stimule l'imagination, la fait même galoper ! La coercition ne fonctionne pas, nous le savons. (*On le conteste sur plusieurs travées à gauche.*)

Les conseils départementaux ont inventé la médecine salariée, qui fonctionne. Mais faisons confiance aux médecins, qui peuvent aussi faire preuve d'imagination. Voyez l'association Médecins solidaires : Martial Jardel a imaginé que des médecins consacrent une semaine par an, payée 1 000 euros, à 120 ou 130 consultations dans les endroits les moins denses, où certains patients n'ont pas vu un médecin depuis plus de trois ans. Laissons de tels espaces de liberté pour la réinvention de la médecine générale ! (*Mme la ministre acquiesce.*)

L'amendement n°42 n'est pas adopté.

ARTICLE 2 TER (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°3 rectifié, présenté par MM. Wattebled, Malhuret et Chasseing, Mmes Lermytte et Bourcier, MM. A. Marc et Verzelen, Mme L. Darcos, MM. Rochette, V. Louault, Courtial et Lemoyne, Mme Romagny et MM. Folliot et Gremillet.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code général de la fonction publique est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 512-7, les mots : « , 7° et 8° » sont remplacés par les mots : « et 7° » ;

2° L'article L. 512-8 est complété par des 8° et 9° ainsi rédigés :

« 8° D'un médecin exerçant dans un cabinet libéral situé dans une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sous réserve qu'il ait changé de résidence professionnelle depuis moins de trois mois et participe à la mission de service public mentionnée à l'article L. 6314-1 du même code ;

« 9° D'une maison de santé mentionnée à l'article L. 6323-3 dudit code située dans une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 du même code, sous réserve que plus de la moitié des médecins y exerçant participent à la mission de service public mentionnée à l'article L. 6314-1 du même code. » ;

3° Après le même article L. 512-8, il est inséré un article L. 512-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 512-8-1. – La mise à disposition prévue aux 8° et 9° de l'article L. 512-8 est prononcée pour une durée qui ne peut excéder trois mois, renouvelable deux fois. »

Mme Marie-Claude Lermytte. – Cet amendement vise à ouvrir aux maisons de santé et cabinets libéraux en zone sous-dense la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux. Ce dispositif d'amorçage complèterait les incitations financières. Il s'agit d'une aide temporaire et exceptionnelle, non gracieuse, limitée à trois mois et renouvelable deux fois.

Mme la présidente. – Amendement identique n°86 rectifié, présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Mme Véronique Guillotin. – C'est une possibilité, à des fins d'amorçage ; le dispositif est temporaire et non gratuit.

Mme la présidente. – Amendement identique n°182, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Mme Anne Souyris. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°131, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe

Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la fin du 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « 30 % du tarif opposable ».

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet amendement vise à encadrer les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés secteur 2 à hauteur de 30 % du tarif opposable. La formule actuelle, qui fait référence au tact et à la mesure, est particulièrement floue et ne garantit pas un accès équitable aux soins. Les dépassements, non pris en charge, conduisent à de nombreux renoncements aux soins. La revalorisation des métiers de santé doit passer par une réforme globale ambitieuse.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable aux trois amendements identiques, qui rétablissent une mesure que nous avons rejetée.

Même avis sur l'amendement n°131, qui attente à un pilier de la médecine générale : la libre fixation des honoraires - d'autant que des mesures d'encadrement des dépassements existent déjà.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis favorable aux amendements identiques n°3 rectifié, 86 rectifié et 182, qui instaurent une simple possibilité, limitée dans le temps, et prévoyant un remboursement des frais. Il s'agit de favoriser l'intégration du nouveau médecin dans la commune.

Avis défavorable à l'amendement n°131. Votre rédaction risquerait de systématiser un dépassement à hauteur de 30 % : je présume que ce n'est pas votre intention...

Mme Émilienne Poumirol. – Pourquoi cette discussion commune ? L'amendement n°131 n'a strictement rien à voir avec les trois précédents.

Je trouve inquiétant qu'on imagine de demander à des fonctionnaires territoriaux, même sur la base du volontariat, d'assurer pendant trois ou six mois la fonction de secrétaire médical, alors qu'ils n'y sont pas formés. Les aides et incitations à l'installation sont déjà légion, sans résultat. Nous sommes tout à fait opposés aux amendements identiques.

Mme Laurence Harribey. – Alors que l'incitation ne fonctionne pas, voici qu'on invente un nouveau dispositif, qui, comme par hasard, repose sur les collectivités territoriales. Nous y sommes opposés !

M. Jean-Luc Fichet. – Demander à des fonctionnaires territoriaux de donner un coup de main aux médecins est proprement incroyable. J'ai rencontré un médecin qui exigeait un terrain gratuit, un secrétariat gratuit... D'autres demandent une voiture gratuite. (*Murmures sur certaines travées à droite*) Nous connaissons tous de tels cas d'abus, qui se multiplient dans un contexte de concurrence territoriale. Mais les collectivités territoriales n'ont pas

à financer l'initiative privée - on parle bien de médecins libéraux. (*M. Bruno Sido applaudit.*)

Mme Véronique Guillotin. – Le dispositif est limité à trois mois, remboursable et fondé sur le volontariat... Je ne comprends pas l'ampleur de vos réactions. La concurrence territoriale, nous sommes en plein dedans ; ce n'est pas ce dispositif qui l'instaurera. Et ce sont bien les collectivités territoriales qui salarient des médecins et portent les maisons de santé !

M. Jean-Luc Fichet. – Justement, ils sont salariés : c'est très différent !

Mme Véronique Guillotin. – Ce que nous proposons est une toute petite goutte par rapport à ce que font déjà les collectivités territoriales.

M. Daniel Chasseing. – J'appuie le propos de Mme Guillotin. Nos collègues socialistes montent en épingle une toute petite affaire. Nous ne demandons pas à ce que des agents deviennent secrétaires médicaux : le secrétariat gratuit, c'est interdit. (*On renchérit sur les travées des groupes SER et CRCE-K.*) Il s'agit de donner un appui limité à trois mois à un médecin qui s'installe, pour l'aider à connaître le territoire et sa patientèle.

Mme Céline Brulin. – Certains ne sont pas à une contradiction près : après nous avoir expliqué que le système libéral est le meilleur possible, on nous demande de mettre à disposition de cabinets libéraux des fonctionnaires...

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Elle a raison !

Mme Céline Brulin. – Avec les pressions qui existent, ce dispositif renforcera la concurrence entre communes et aggravera les fractures territoriales. Les collectivités territoriales font déjà beaucoup : leur demander cela en plus, c'est un peu fort de café !

Les amendements identiques n^{os} 3 rectifié, 86 rectifié et 182 ne sont pas adoptés, non plus que l'amendement n^o 131.

L'article 2 ter demeure supprimé.

APRÈS L'ARTICLE 2 TER (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n^o 63 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 2 ter (Supprimé)

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 123-5 du code général de la fonction publique, après les mots : « réglementaire du travail » sont insérés les mots : « et inférieure ou égale à 90 % pour les professionnels de santé définis à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique ».

M. Bernard Jomier. – Dans le cadre de « Ma Santé 2022 », les conditions de cumul d'activités ont été assouplies pour les agents de la fonction publique hospitalière. Or cette possibilité n'est pas ouverte aux

agents territoriaux comme les médecins de la PMI. Il faut plus de souplesse et de polyvalence : c'est une question d'attractivité.

Mme la présidente. – Amendement identique n^o 85 rectifié, présenté par Mme Micouleau, MM. Burgoa, Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Mme Brigitte Micouleau. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n^o 89 rectifié, présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Mme Véronique Guillotin. – Je dirai même plus : très bien défendu !

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse.* – Avis défavorable. Ce cumul d'activités est dérogatoire : le seuil est de 90 %, contre 70 % pour les autres agents de la fonction publique. Ces amendements risquent d'ouvrir la voie à d'autres demandes, or le non-cumul d'activités est un garde-fou essentiel du droit de la fonction publique.

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

Les amendements identiques n^{os} 63 rectifié, 85 rectifié et 89 rectifié ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n^o 99 rectifié *ter*, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mme Micouleau, MM. Daubresse, Panunzi, Cadec, Burgoa, D. Laurent, de Nicolaÿ, Genet et Belin, Mme Joseph, MM. C. Vial, Cambon, Perrin et Rietmann et Mme Bonfanti-Dossat.

Après l'article 2 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L. 1225-61 du code du travail, les mots : « constatés par certificat médical » sont remplacés par les mots : « attestés sur l'honneur ».

Mme Florence Lassarade. – Il s'agit de remplacer le certificat médical en cas de congé pour enfant malade par une attestation sur l'honneur. Cela répond à une demande des médecins généralistes.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse.* – Avis favorable. Nous libérerons ainsi un temps médical précieux. En outre, il n'y a pas de risques de détournement, ce congé étant limité à trois jours par an et non rémunéré.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée.* – Le droit du travail exige un certificat médical pour toute interruption de travail. Mais je comprends qu'il faut avancer sur la question des certificats médicaux pour libérer du temps médical. Sagesse.

*L'amendement n^o 99 rectifié *ter* est adopté.*

Mme la présidente. – Amendement n°158 rectifié *quinquies*, présenté par Mme Romagny, M. Médevielle, Mme O. Richard, M. Canévet, Mme Gatel, MM. Bleunven, Menonville, Kern, J.M. Arnaud, Duffourg et Longeot et Mme Doineau.

Après l'article 2 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code du sport est ainsi modifié :

1° L'article L. 231-2 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi rédigé :

« I. – Pour les personnes majeures, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonné à l'attestation du renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur. Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical, l'obtention ou le renouvellement de licence nécessite la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. » ;

b) Le II est abrogé.

2° L'article L. 231-2-1 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi rédigé :

« II. – Pour les personnes majeures non licenciées, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'inscription est subordonnée au renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur.

Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical, l'inscription à une compétition sportive nécessite la présentation d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. » ;

b) Le III est abrogé.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Il s'agit de limiter les demandes de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique d'un sport, en les remplaçant par un questionnaire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable, pour libérer du temps médical. Un certificat médical pourrait toujours être demandé aux sportifs.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. (*Mme Nathalie Goulet s'exclame.*) Les certificats pour les mineurs ne sont déjà plus exigibles, mais la mesure n'est pas appliquée par les fédérations. En ce qui concerne les majeurs, nous souhaitons avancer - les fédérations de squash ou de cyclotourisme, par exemple, utilisent un questionnaire - mais après les JOP.

Mme Véronique Guillotin. – Je comprends la volonté de libérer du temps médical. Pour les enfants, les examens médicaux sont fréquents. Mais pour un

majeur qui reprend un sport, le certificat médical reste pertinent.

Mme Émilienne Poumirol. – Vous citez le squash, mais c'est un sport dangereux ! Quand on me demande un certificat pour la danse de salon, je suis moi aussi agacée... (*Sourires*)

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – La Fédération de squash a élaboré un questionnaire. Il faut mener ce travail avec toutes les fédérations.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le questionnaire peut conduire à un examen médical.

M. Alain Milon. – Je rejoins mes confrères. Un médecin, en dressant un certificat, s'engage. Avec le questionnaire, qui porte la responsabilité : le sportif ou la fédération ?

Mme Nathalie Goulet. – La commission a travaillé sérieusement : faisons-lui confiance !

L'amendement n°158 rectifié quinquies est adopté et devient un article additionnel.

M. Alain Milon. – Pas de réponse de la ministre !

Mme la présidente. – Amendement n°221, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission.

Après l'article 2 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Les mots : « réalisé au domicile du patient » sont remplacés par les mots : « , réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixés par décret, » ;

b) Les mots : « par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, » sont remplacés par les mots : « par l'assurance maladie » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ce forfait ne peut excéder celui mentionné à l'article L. 162-5-14-2 du code de la sécurité sociale. »

2° La seconde phrase du II est supprimée.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Un an après l'expérimentation dans six régions de la signature des certificats de décès par les infirmiers, la mesure n'est toujours pas appliquée. Or les médecins manquent pour constater le décès. Nous souhaitons étendre l'expérimentation à tout le territoire national.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Cette expérimentation est prévue sur un an seulement et couvre un large territoire. Les textes d'application sont en cours de préparation, le travail avec les ARS a été très important... Ne prenons pas le risque de

retarder le processus et de nuire à une bonne évaluation. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°221 est adopté.

ARTICLE 2 QUATER

Mme la présidente. – Amendement n°132, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Supprimer cet article.

Mme Céline Brulin. – Nous voulons supprimer cet article, qui prévoit que les praticiens en cumul emploi-retraite puissent exercer jusqu'à 75 ans. On repousse sans cesse l'âge de la retraite... Le groupe communiste, sans surprise, est contre ce pis-aller.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. L'engagement des 1 500 professionnels concernés doit être salué.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. Ce n'est pas un pis-aller. Le cumul se fait sur la base du volontariat. De plus, cette dérogation serait valable jusqu'en 2035, le temps de passer les années les plus difficiles. De nombreuses collectivités territoriales en font la demande. Ce dispositif, volontaire, n'est qu'une réponse de plus.

Mme Émilienne Poumirol. – On parle ici des médecins exerçant dans des établissements de santé et non de médecine libérale. Pas sûr qu'à 72 ou 75 ans on soit en parfaite santé pour exercer... Notre amendement prévoyant un examen de santé pour eux a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40. Nous sommes favorables à la suppression de cet article.

M. Daniel Chasseing. – Il faut raison garder. Je connais un professionnel de 75 ans qui est intervenu en gynéco-obstétrique pendant l'été dans deux hôpitaux qui, sans lui, n'auraient pu fonctionner. Des praticiens âgés sont en pleine forme physique et intellectuelle.

L'amendement n°132 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°230, présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « et dans les centres de santé qui leur sont rattachés » ;

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Nous voulons inclure dans cette dérogation les personnels des 33 centres de santé rattachés à un établissement de santé.

Mme la présidente. – Amendement identique n°231, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – J'avais perçu cette lacune. Repousser la limite à 75 ans posait problème pour ces praticiens.

Les amendements identiques n°s 230 et 231 sont adoptés.

L'article 2 quater, modifié, est adopté.

ARTICLE 2 QUINQUIES (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°173, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1411-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un indicateur territorial de l'offre de soins évalue la densité de l'offre de soins des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale. Il prend en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie des professions de santé, de l'offre de soins par convention médicale, du temps d'activité médicale et du temps de consultation effectif auprès du patient et les professions de santé auxquelles la population a le plus fréquemment recours. L'indicateur est mis à jour tous les deux ans, après une première actualisation dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par l'agence régionale de santé, en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé et fait l'objet d'une publication sur le site des agences régionales de santé. L'indicateur est un outil d'aide à l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins, notamment du projet régional de santé et de la stratégie nationale de santé.

« Cet indicateur est élaboré pour les professions médicales mentionnées aux livres I et II de la quatrième partie. La méthodologie, la liste des spécialités ou des groupes de spécialités médicales et les professions de santé concernées sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Dans la définition des objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins, le conseil territorial de santé se fonde sur l'indicateur mentionné au présent article. » ;

2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par arrêté, » sont remplacés par les mots : « tous les deux ans par arrêté, en se fondant sur l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11 du présent code et » ;

b et c) (Supprimés).

Mme Anne Souyris. – Nous voulons rétablir l'indicateur territorial de l'offre de soins (Itos). Des indicateurs existent déjà, mais avez-vous eu, chers collègues, accès facilement aux données ? Soyons réalistes : il faut des données fiables, claires et accessibles.

Mme la présidente. – Amendement n°48 rectifié, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1411-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un indicateur territorial de l'offre de soins évalue la densité de l'offre de soins des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale. Il prend en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie des professions de santé et les professions de santé auxquelles la population a le plus fréquemment recours. Il prend également en compte le repérage des besoins réels de la population et le temps médical conventionné disponible sur le territoire. L'indicateur est mis à jour tous les deux ans, après une première actualisation dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par l'agence régionale de santé, en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé. L'indicateur est un outil d'aide à l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins, notamment du projet régional de santé.

« Cet indicateur est élaboré pour les professions médicales mentionnées aux livres I^{er} et II de la quatrième partie. La méthodologie, la liste des spécialités ou des groupes de spécialités médicales et les professions de santé concernées sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Dans la définition des objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins, le conseil territorial de santé se fonde sur l'indicateur mentionné au présent article. » ;

2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par arrêté, » sont remplacés par les mots : « tous les deux ans par arrêté, en se fondant sur l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11 du présent code et » ;

b et c) (Supprimés).

Mme Émilienne Poumirol. – L'Assemblée nationale avait adopté ce nouvel indicateur. Les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) manquent de visibilité. Il nous faut une cartographie fine des besoins et de l'offre de soins. De plus, nous incluons

des critères supplémentaires comme l'âge et la prévalence de certains risques.

Mme la présidente. – Amendement n°70 rectifié, présenté par Mme Micouveau, MM. Burgoa, Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1411-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un indicateur territorial de l'offre de soins évalue la densité de l'offre de soins des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale. Il prend en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie et du temps d'activité médicale et du temps de consultation effectif auprès du patient des professions de santé et les professions de santé auxquelles la population a le plus fréquemment recours. L'indicateur est mis à jour tous les deux ans, après une première actualisation dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par l'agence régionale de santé, en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé. L'indicateur est un outil d'aide à l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins, notamment du projet régional de santé.

« Cet indicateur est élaboré pour les professions médicales mentionnées aux livres I^{er} et II de la quatrième partie. La méthodologie, la liste des spécialités ou des groupes de spécialités médicales et les professions de santé concernées sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Dans la définition des objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins, le conseil territorial de santé se fonde sur l'indicateur mentionné au présent article. » ;

2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par arrêté, » sont remplacés par les mots : « tous les deux ans par arrêté, en se fondant sur l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11 du présent code et » ;

b et c) (Supprimés).

Mme Brigitte Micouveau. – Nous voulons prendre en compte le temps médical et le temps effectif de consultation dans l'Itos.

Mme la présidente. – Amendement n°71 rectifié, présenté par Mme Micouveau, MM. Burgoa, Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1411-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un indicateur territorial de l'offre de soins évalue la densité de l'offre de soins des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale. Il prend en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie et du temps d'activité médicale des professionnels de santé et les professions de santé auxquelles la population a le plus fréquemment recours. L'indicateur est mis à jour tous les deux ans, après une première actualisation dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par l'agence régionale de santé, en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé. L'indicateur est un outil d'aide à l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins, notamment du projet régional de santé.

« Cet indicateur est élaboré pour les professions médicales mentionnées aux livres I^{er} et II de la quatrième partie. La méthodologie, la liste des spécialités ou des groupes de spécialités médicales et les professions de santé concernées sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Dans la définition des objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins, le conseil territorial de santé se fonde sur l'indicateur mentionné au présent article. » ;

2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par arrêté, » sont remplacés par les mots : « tous les deux ans par arrêté, en se fondant sur l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11 du présent code et » ;

b et c) (Supprimés).

Mme Brigitte Micouleau. – Amendement de repli.

Mme la présidente. – Amendement n°151, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1411-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un indicateur territorial de l'offre de soins évalue la densité de l'offre de soins des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale. Il prend en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie des professions de santé et les professions de santé auxquelles la population a le plus fréquemment recours. L'indicateur est mis à jour tous les deux ans, après une première actualisation dans un délai d'un an à compter

de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par l'agence régionale de santé, en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé. L'indicateur est un outil d'aide à l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins, notamment du projet régional de santé.

« Cet indicateur est élaboré pour les professions médicales mentionnées aux livres I^{er} et II de la quatrième partie. La méthodologie, la liste des spécialités ou des groupes de spécialités médicales et les professions de santé concernées sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Dans la définition des objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins, le conseil territorial de santé se fonde sur l'indicateur mentionné au présent article. » ;

2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par arrêté, » sont remplacés par les mots : « tous les deux ans par arrêté, en se fondant sur l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11 du présent code et » ;

b et c) (Supprimés).

Mme Céline Brulin. – À la lecture de cet article, je me suis d'abord dit que nous avons besoin non pas d'un indicateur de plus, mais de médecins supplémentaires. Toutefois, les indicateurs comme l'accessibilité potentielle localisée (APL) traduisent très mal la situation de nos territoires, au point que des ARS doivent piocher dans les Fonds d'intervention régionaux (FIR) pour compléter leurs données. De plus, l'Its prendrait en compte des critères sociaux, importants dans les difficultés d'accès aux soins.

J'ai donc changé d'avis : afin de ne plus réguler à la petite semaine et pour gérer la diversité des situations, cet indicateur serait très utile.

Mme la présidente. – Amendement n°38 rectifié *ter*, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin, MM. L. Vogel, Capus et Verzelen, Mme L. Darcos, MM. Guerriau et Daubresse, Mme Saint-Pé, MM. Folliot et Menonville, Mme Josende et M. Longeot.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le mot : « détermine », la fin du premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « annuellement par arrêté, après concertation avec le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 : ».

Mme Marie-Claude Lermytte. – Les zonages des ARS relatifs à l'offre de soins définissent les territoires en difficulté. La dernière révision date de 2022, la précédente de 2018, soit un intervalle de quatre ans

qui ne reflète pas l'évolution rapide de la situation. Nous proposons donc une actualisation annuelle.

Mme la présidente. – Amendement n°5 rectifié *quater*, présenté par Mme Sollogoub, M. Guerriau, Mme Noël, MM. J.M. Arnaud et Laugier, Mme N. Goulet, M. Levi, Mme Vermeillet, MM. Delahaye et Rochette, Mme Gatel, MM. Houpert, Bonnacarrère, Chasseing et Capus, Mme Paoli-Gagin, M. Duffourg, Mme Perrot, M. J.P. Vogel, Mme O. Richard, M. Chevalier, Mme Dumont, MM. Henno, Kern et Lemoyné, Mme Herzog, M. Wattebled, Mme Richer, M. Chatillon, Mmes Romagny et Demas, M. Canévet, Mmes Lermytte et Saint-Pé, MM. Lefèvre et Roux, Mmes Jacquemet et Guidez, MM. Menonville et Cadic, Mme Josende et MM. Belin, L. Vogel, Verzelen, Cigolotti et Gremillet.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le mot : « détermine », la fin du premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « tous les deux ans, par arrêté, après concertation avec le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 : ».

Mme Nadia Sollogoub. – La révision annuelle est difficilement atteignable, mais tous les quatre ans, cela ne reflète pas les réalités du terrain. Dans la Nièvre, les instances chargées de la révision ont annoncé un délai de deux ans, ce qui paraît raisonnable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Sur les amendements n°s 173, 48 rectifié, 70 rectifié, 71 rectifié et 151, avis défavorable. Si la commission est soucieuse de l'équité de l'offre de soins, cet indicateur serait trop limité et de nombreuses autres données existent. En outre, il nécessiterait des moyens humains et techniques supplémentaires.

Avis défavorable à l'amendement n°38. La durée de deux ans me semble plus juste que celle d'un an : avis favorable à l'amendement n°5.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable aux amendements n°s 173 à 151. De nombreux indicateurs existent déjà. Défavorable également aux amendements n°s 38 et 5 : la durée de trois ans nous semble satisfaisante.

Mme Véronique Guillotin. – Nous n'avons pas besoin d'un nouvel indicateur, mais la dispersion des données est problématique. En Meurthe-et-Moselle, nous travaillons à compacter des données pour le guichet unique Je m'installe.

L'amendement n°173 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 48 rectifié, 70 rectifié, 71 rectifié, 151 et 38 rectifié ter.

L'amendement n°5 rectifié quater est adopté.

L'article 2 quinquies est ainsi rétabli.

ARTICLE 2 SEXIES

M. Marc Laménie. – Je salue le travail de la commission des affaires sociales et vous remercie, madame la ministre, de votre visite dans les Ardennes pour soutenir les maisons de santé rurales.

Cet article s'intéresse au périmètre des guichets uniques d'aide à l'installation. Le problème réside dans la lisibilité des aides. Il s'agit de leur donner les moyens humains nécessaires. Je voterai donc l'article.

Mme la présidente. – Amendement n°50, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Rédiger ainsi cet article :

Le 3° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 3° Un guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé géré par les instances départementales et l'agence régionale de santé, auquel sont associées les instances territorialement compétentes des ordres professionnels concernés, les collectivités territoriales, leurs groupements et la caisse primaire d'assurance maladie. Il assiste les professionnels de santé dans l'ensemble de leurs démarches administratives, notamment celles effectuées dans le cadre de leur installation ou de leur remplacement. »

Mme Émilienne Poumirol. – Nous sommes favorables au guichet unique, mais proposons qu'il soit cogéré par les instances départementales et l'ARS. Nous nous inspirons de l'initiative Présence médicale 64, dans les Pyrénées-Atlantiques, qui offre un accompagnement sur mesure. En quatre ans, les installations y ont augmenté de 2 %, quand elles baissaient de 0,9 % en moyenne.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il convient de séparer la participation des collectivités territoriales, bienvenue, de la cogestion, parfois inefficace. Laissons ces structures se déployer au sein des ARS avant de changer de pilote. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. Les collectivités territoriales sont en effet importantes pour piloter les guichets uniques. Toutefois, les ARS doivent rester compétentes. Le but de ces guichets est d'associer tous les acteurs locaux.

L'amendement n°50 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°91 rectifié, présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Alinéa 4

Avant les mots :

les collectivités

insérer les mots :

les unions régionales des professionnels de santé territorialement compétentes

Mme Véronique Guillotin. – Cet amendement vise à introduire les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) au sein des guichets uniques d'accompagnement. En effet, ce sont elles qui fédèrent les professionnels et qui, souvent, portent les guichets.

Mme la présidente. – Amendement n°28 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Levi, Laugier et Bonnacarrère, Mme de La Provôté, MM. Longeot et Canévet, Mmes Jacquemet, Gatel, Vérien, Romagny, Sollogoub et O. Richard, MM. Kern, Lafon, Fargeot, Capo-Canellas et Bleunven, Mme Billon et MM. Hingray et J.M. Arnaud.

Alinéa 4, première phrase

Après le mot :

groupements

insérer les mots :

, les unions régionales des professionnels de santé

M. Michel Canévet. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°167, présenté par Mme Aeschlimann.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Il s'agit de reconnaître l'utilité des URPS, absentes du guichet unique alors qu'elles remplissent un rôle important sur le terrain. En Île-de-France, elles conseillent, informent et participent même au montage des dossiers. Réunies le week-end dernier à Marseille, les URPS se sont prononcées pour une intégration formalisée au guichet unique.

Certes, les ordres y participent, mais leurs missions ne sont pas celles des URPS.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Rien n'empêche les URPS de collaborer avec le guichet unique. Pour preuve, certains le font déjà et je les y encourage. C'est pourquoi la commission est défavorable aux amendements. De plus, aucune volonté consensuelle d'ajouter formellement de nouveaux acteurs au guichet unique n'a été exprimée. Ne rendons pas la loi bavarde avec des listes à la Prévert.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Même avis. Les URPS sont incontournables, mais l'argument qui valait pour les CTS vaut ici aussi. Gardons de la souplesse : pas de liste à la Prévert !

Mme Véronique Guillotin. – Je m'incline. Attention toutefois à ne pas empiler les guichets pour ne pas perdre en lisibilité.

L'amendement n°91 rectifié est retiré.

Les amendements identiques n°s 28 rectifié et 167 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°115 rectifié, présenté par MM. Haye, Patriat et Lemoyne, Mme Schillinger, MM. Iacovelli, Rohfritsch et Buis, Mmes Havet et Duranton, M. Omar Oili, Mme Cazebonne, M. Fouassin, Mme Nadille, MM. Bitz, Buval, Kulimoetoke, Lévrier, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Phinera-Horth et MM. Rambaud et Théophile.

Alinéa 4, première phrase

Après le mot :

groupements

insérer les mots suivants :

, la chambre de commerce et d'industrie, les communautés professionnelles territoriales de santé

M. Olivier Bitz. – Défendu.

L'amendement n°115 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°49 rectifié, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 4

Après le mot :

groupements

insérer les mots :

, les représentants des étudiants en santé et des jeunes professionnels

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement sanctuarise la place des représentants des étudiants et jeunes professionnels, qui le demandent, au sein des guichets uniques. Mais j'entends qu'il faut éviter les listes à la Prévert...

L'amendement n°49 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement identique n°90 rectifié, présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable. (*Marques de surprise amusées*)

Mme Émilienne Poumirol. – Face à une telle générosité, peut-on reprendre mon amendement ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je le reprends !

Mme la présidente. – Amendement n°233, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission.

Alinéa 4

Après le mot :

groupements

insérer les mots :

, les représentants des étudiants en santé et des jeunes professionnels

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il faut éviter les listes à la Prévert, mais je fais une exception : nous devons associer les étudiants et jeunes professionnels pour les sensibiliser à l'importance de l'installation.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Sagesse. Invitons les jeunes à travailler avec les ARS dès le début de leur carrière.

Les amendements identiques n^{os} 90 rectifié et 233 sont adoptés.

L'article 2 sexies, modifié, est adopté.

ARTICLE 2 OCTIES

Mme la présidente. – Amendement n^o 8 rectifié bis, présenté par M. Milon et Mmes Gruny, Deseyne et Lassarade.

Supprimer cet article.

M. Alain Milon. – Cet article impose, sauf cas de force majeure, un préavis de six mois aux praticiens qui quittent leur lieu d'exercice, au risque d'entraîner des crispations. Je demande sa suppression.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable. La commission a recherché un point d'équilibre en réduisant le délai de préavis de six à trois mois. L'Ordre national des médecins était favorable à ce préavis pour éviter des départs du jour au lendemain.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. L'idée n'est pas de stigmatiser les professionnels, mais d'organiser leur succession et l'aménagement du territoire.

L'amendement n^o 8 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n^o 29 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Levi et Laugier, Mme de La Provôté, MM. Longeot, Bonnacarrère et Canévet, Mmes Jacquemet, Gatel, Vérien, Romagny, Sollogoub et O. Richard, MM. Kern, Lafon, Fargeot, Capo-Canellas et Bleunven, Mme Billon et MM. Hingray et J.M. Arnaud.

Alinéa 2

Après le mot :

santé

insérer les mots :

, à l'union régionale des professionnels de santé dont ils relèvent

M. Michel Canévet. – Comme les URPS ont pour mission de contribuer à l'organisation de l'offre de soins sur leur territoire, il convient de les informer des cessations d'activité.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. La déclaration de cessation d'activité peut être sensible. Le ministère nous a indiqué étudier des moyens d'informer qui de droit.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n^o 29 rectifié est retiré.

L'article 2 octies est adopté.

ARTICLE 2 NONIES (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n^o 35 rectifié ter, présenté par Mme Lermytte, MM. Chasseing et Malhuret, Mme Bourcier, MM. Wattebled, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin, MM. Capus, Guerriau et Verzelen, Mme L. Darcos, MM. Daubresse et Menonville, Mme Josende et M. Longeot.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

La section 2 du chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 5125-5-... ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-5-... – Toute opération de restructuration du réseau officinal réalisée au sein d'une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1^o de l'article L. 1434-4, à l'initiative d'un ou de plusieurs pharmaciens ou de sociétés de pharmaciens et donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou de plusieurs officines doit faire l'objet d'un avis préalable du directeur général de l'agence régionale de santé, après consultation des organisations syndicales représentatives de la profession, au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, du conseil de l'ordre des pharmaciens territorialement compétent et du conseil territorial de santé.

« La cessation définitive d'activité de l'officine ou des officines concernées est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 5125-22 du présent code. Toutefois, la cessation définitive d'activité ne peut être constatée si les besoins en médicaments de la population ne sont plus satisfaits de manière optimale ou si elle entre en contradiction d'une autre manière avec les objectifs déterminés par le projet territorial de santé au sens de l'article L. 1434-10. »

Mme Marie-Claude Lermytte. – Suivant sa position constante, la commission des affaires sociales a supprimé la demande de rapport. Cet amendement prévoit que les opérations de restructuration du réseau officinal en zone sous-dense fassent l'objet d'un avis préalable du directeur de l'ARS.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Si la concentration du réseau officinal est un sujet important, c'est avec l'accord de leurs auteurs que ces dispositions, peu opérationnelles, ont été supprimées. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable.

L'amendement n°35 rectifié ter n'est pas adopté.

ARTICLE 2 DECIES

Mme Kristina Pluchet. – Je veux décrire des réalités de terrain. Dans certains villages survit difficilement une officine, adossée à un médecin généraliste proche de la retraite. Ailleurs, une maison de santé fonctionne bien, mais il n'y a pas d'officine, et il faut se déplacer loin pour en rejoindre une. Nous avons besoin de plus de cohérence et de penser conjointement ces deux réalités indissociables.

Depuis quatre ans, il manque le décret d'application de l'article L 5125-6 du code de la santé publique. Nous devons appliquer la loi pour mieux évaluer les besoins en officines.

Enfin, la commune n'est pas le bon échelon d'appréciation pour les officines : la notion de territoire serait plus pertinente.

Mme Marie-Pierre Richer. – Ce soir, je souhaite exprimer ma satisfaction quant au contenu de cet article. Le Cher est très affecté par le manque de généralistes et la fermeture de pharmacies : cinq en 2022, deux en 2023. Une officine socle doit pouvoir se voir associer une officine annexe. Il y va de l'accès aux soins pour de nombreuses personnes. Nous sommes prêts pour l'expérimentation. Depuis trois ans, je n'ai cessé de vous interpellier. Il y a urgence !

M. Laurent Duplomb. – Je remercie la rapporteure et le président de la commission. Cet article va permettre à des villages de moins de 2 500 habitants de voir ouvrir des annexes. C'est une mesure d'équité. Il n'est pas normal de s'habituer à fermer tous les services publics. Non, la solution n'est pas les kilomètres supplémentaires : je me refuse à un tel raisonnement. À la Séauve-sur-Semène, qui a vu son officine fermer, nous aurons une solution, grâce à vous ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. Laurent Burgoa. – Très bien !

L'amendement n°172 n'est pas défendu.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – La commission le reprend.

Mme la présidente. – Il s'agit de l'amendement n 234, présenté par M. Philippe Mouiller, au nom de la commission.

Alinéa 4

Après les mots :

création d'une

insérer le mot :

seule

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Certains s'inquiètent d'une financiarisation de la profession. Nous souhaitons limiter le dispositif à une seule antenne par officine.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Nous partageons l'objectif d'éviter la financiarisation. Un cahier des charges est en cours de rédaction, qui retiendra cette mesure d'une antenne par officine. Retrait, à défaut avis défavorable.

L'amendement n°234 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°134, présenté par Mme Apourceau-Poly et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

« ... – L'agrément des pharmacies Filiéris gérées par la caisse de sécurité sociale dans les mines est étendu à tous les assurés sociaux. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La caisse de sécurité sociale dans les mines peut accueillir tous les assurés sociaux dans ses centres de santé depuis 2007. Il faut assurer la pérennité de ce système. Plus de 66 % des patients fréquentant les centres de santé Filiéris ne sont pas affiliés à la sécurité sociale minière. Tous les assurés de ces territoires doivent pouvoir accéder aux services et pharmacies de ce réseau. Madame la ministre, j'avais interrogé le ministre Braun à plusieurs reprises : une convention d'objectifs et de gestion 2022-2024 sur la pérennité des structures de soins est en cours. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Cette demande n'a pas émergé de nos auditions avec les associations représentatives d'assurés.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. Cette ouverture à toute la population a déjà été proposée, et refusée.

Je suis avec attention la pérennité des centres de santé. Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) est en cours.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Madame la ministre, vous n'avez pas compris ma question : je m'interroge sur la pérennité des pharmacies minières. Votre prédécesseur, François Braun, m'avait dit lors du dernier PLFSS que des discussions étaient en cours.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Je ne puis pas vous répondre. Nous ferons un point d'étape en 2024.

M. Laurent Duplomb. – Ça c'est une réponse !

M. Laurent Burgoa. – Quand en 2024 ? Si c'est à Noël, on peut attendre...

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – La convention se termine fin 2024 ; nous pouvons faire un bilan à mi-chemin.

L'amendement n°134 n'est pas adopté.

APRÈS L'ARTICLE 2 DECIES

Les amendements n°s 110 et 109 ne sont pas défendus.

L'article 2 undecies est adopté, de même que l'article 2 duodecies

ARTICLE 3 (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°183, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 1434-12 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « La communauté professionnelle territoriale de santé associe les maires des communes et des représentants des collectivités et groupements dont le périmètre administratif est concerné, des représentants d'usagers, et des représentants des établissements de santé. » ;

2° Le troisième alinéa est complété par les mots : « , après avis des représentants des collectivités et de leurs groupements dont le périmètre administratif est concerné » ;

3° Au quatrième alinéa, la première phrase est complétée par les mots : « , après avis des maires et des représentants des collectivités et de leurs groupements dont le périmètre administratif est concerné ».

II. – Après l'article L. 1434-12-2, il est inséré un article L. 1434-12-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-12-.... – Lorsque la communauté professionnelle territoriale de santé a conclu la convention mentionnée au I de l'article L. 1434-12-2, l'ensemble des professionnels de santé relevant d'une des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale et les centres de santé relevant de l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1 du même code en deviennent membres, sauf opposition de leur part effectuée dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces mêmes professionnels de santé peuvent à tout moment se retirer de la communauté professionnelle territoriale de santé à laquelle ils ont été rattachés. »

Mme Anne Souyris. – Nous voulons améliorer le lien entre les CPTS, les maires et les usagers.

Mme la présidente. – Amendement n°74 rectifié, présenté par Mme Micouleau, M. Burgoa, Mmes Bellurot et Borchio Fontimp, MM. Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le quatrième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , après avis des représentants des collectivités et de leurs groupements dont le périmètre administratif est concerné ».

Mme Brigitte Micouleau. – Nous devons associer les collectivités au découpage des CPTS.

Mme la présidente. – Amendement n°39 rectifié *ter*, présenté par Mmes Lermytte et Bourcier, MM. Wattebled, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin, MM. Capus et Verzelen, Mme L. Darcos, MM. Guerriau et Daubresse, Mmes Saint-Pé, Guidez et Josende et M. Longeot.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après l'article L. 1434-12-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-12-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-12-.... – Lorsque la communauté professionnelle territoriale de santé a conclu la convention mentionnée au I de l'article L. 1434-12-2, l'ensemble des professionnels de santé relevant d'une des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale et les centres de santé relevant de l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1 du même code en deviennent membres, sauf opposition de leur part effectuée dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces mêmes professionnels de santé peuvent à tout moment se retirer de la communauté professionnelle territoriale de santé à laquelle ils ont été rattachés. »

Mme Marie-Claude Lermytte. – Les CPTS sont un dispositif souple pour répondre aux besoins en santé des populations. Tous les acteurs de santé doivent s'y retrouver. Il faut rétablir l'article 3, pour rendre automatique l'adhésion des professionnels aux CPTS.

Mme la présidente. – Amendement identique n°104 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Médevielle et Rochette, Mme O. Richard et MM. Menonville, Buis, Nougein, Panunzi et Cadec.

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement vise à rétablir l'article 3.

Ce rattachement automatique est adossé à un droit de retrait. Il n'y a pas de contrainte. Tous les acteurs, ou une très grande majorité, doivent être présents dans ces communautés professionnelles.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La suppression de l'article 3 ne remet pas en cause la pertinence des CPTS, quand les professionnels de

santé s'en saisissent. Elles doivent demeurer un outil de coordination à la main des professionnels. Si ces derniers ne s'en saisissent pas, nous aurons créé des coquilles vides. Ne soyons pas contre-productifs. C'est dans les zones les moins dotées qu'il n'y a pas de CPTS, car les professionnels manquent de temps ! Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Le rétablissement de l'adhésion automatique était une incitation, mais certains médecins y ont vu une forme de contrainte. Dès lors, sagesse sur les amendements identiques n^{os}39 rectifié *ter* et 104 rectifié *ter*.

Le dialogue avec les élus locaux est essentiel ; il est organisé dans diverses instances, CLS ou CTS. En outre, de nombreuses CPTS collaborent déjà avec les établissements de santé et les représentants des usagers. N'imposons pas une liste de membres des CPTS, qui doivent rester à la main des professionnels de santé. Avis défavorable aux amendements n^{os}183 et 74 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. – J'étais très favorable à la suppression de l'article 3. Les CPTS sont très utiles là où les professionnels de santé s'en sont emparés. Ces structures sont encore jeunes, laissons-leur le temps de se mettre en place. Imposer une adhésion automatique serait contreproductif. Nul doute que le succès sera au rendez-vous, comme avec les maisons pluriprofessionnelles de santé.

Mme Émilienne Poumirol. – Les CPTS ne fonctionnent que si des médecins volontaires s'investissent. Mais il me semble que sans obligation, nous n'atteindrons pas l'objectif de 100 % de territoires couverts. Je suis donc favorable à une adhésion automatique, même s'il est possible de se retirer par la suite.

L'amendement n°183 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°74 rectifié, 39 rectifié ter et 104 rectifié ter.

L'article 3 demeure supprimé.

APRÈS L'ARTICLE 3 (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°51 rectifié *bis*, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , d'une maison de santé ou d'une convention entre professionnels de santé de soins de premier recours dont au moins un médecin généraliste de premier recours » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À compter du 1^{er} janvier 2026, l'exercice libéral de la médecine générale de premier recours est organisé sous la forme d'équipes de soins primaires. »

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement vise à mettre en place une organisation coordonnée du parcours de soins de premier recours - mon dada. Cela pourra prendre la forme d'une convention d'équipe de soins primaires, d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé.

L'équipe de soins, coordonnée par un médecin généraliste, serait chargée de définir un protocole de répartition des soins entre professionnels de santé, pour libérer du temps médical.

L'exercice isolé, c'est du passé. Je crois à l'avenir des MSP.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La notion d'équipe de soins primaires n'est sans doute pas assez connue. Le guichet unique devra la promouvoir : il suffit d'être trois pour constituer une telle équipe

Mme Émilienne Poumirol. – C'est beaucoup moins complexe qu'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa).

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Votre amendement rend cette organisation en équipe obligatoire. Pas de coercition. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Je suis favorable à l'exercice coordonné sous toutes ses formes. Nous portons un plan pour 4 000 MSP, un plan 100 % CPTS, un plan sur les centres de santé. L'équipe de soins primaires est aussi une réponse pertinente. Cependant, nous voulons favoriser l'adhésion volontaire, le projet mûri : la contrainte serait contreproductive. Avis défavorable.

L'amendement n°51 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°75 rectifié *bis*, présenté par Mme Micouleau, M. Burgoa, Mmes Bellurot, Bonfanti-Dossat et Borchio Fontimp, MM. Bouchet, Chatillon, Gremillet et Houpert, Mme Josende, M. Lefèvre, Mme Muller-Bronn, M. Piednoir et Mme Richer.

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1434-12 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la communauté professionnelle territoriale de santé relève en tout ou partie de leur ressort territorial, le maire et le président de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre concernés sont signataires de la convention mentionnée au I de l'article L. 1434-12-2 du code de la santé publique. »

Mme Brigitte Micouleau. – Nous voulons que les élus signent les conventions conclues entre l'ARS, la CPTS et la CPAM.

Mme la présidente. – Amendement n°40 rectifié *bis*, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin, MM. Capus et Verzelen, Mme L. Darcos, MM. Guerriau et Daubresse, Mmes Saint-Pé et Guidez, MM. Maurey, Folliot et Menonville, Mme Josende et M. Longeot.

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le II de l'article L. 1434-12-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la communauté professionnelle territoriale de santé relève en tout ou partie de leur ressort territorial, le maire et le président de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre concernés sont signataires de la convention mentionnée au I. »

Mme Marie-Claude Lermytte. – Il faut une articulation étroite avec le projet de territoire, afin de renforcer les synergies avec l'ensemble des compétences et prérogatives communales, intercommunales et métropolitaines. Sans imposer aux CPTS d'aligner leur périmètre sur celui des contrats locaux de santé, cet amendement renforce la cohérence territoriale par l'association systématique des élus à l'action stratégique des CPTS.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les CPTS sont des outils de coordination à la main des professionnels de santé ; la logique doit rester ascendante. Ne complexifions pas. Imaginez que la CPTS ne partage pas les orientations du contrat local de santé élaboré par les élus... Veillons à ne pas décourager l'implication dans la CPTS. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. Les CPTS sont des outils pour les professionnels de santé, à la main des professionnels de santé. Elles travaillent avec les collectivités territoriales, avec les hôpitaux. N'institutionnalisons pas cette association.

L'amendement n°75 rectifié bis n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°40 rectifié bis.

Mme la présidente. – Amendement n°188 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Un médecin ne peut cumuler plus de quatre années d'exercice au titre de remplaçant en libéral, à

l'exclusion des remplacements effectués en application des circonstances définies :

« 1° Aux sixième et septième alinéas du présent article ;

« 2° Aux 7° et 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ;

« 3° Dans le cadre des périodes de cumul d'une activité professionnelle et d'une pension de retraite telles que définies au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 du même code. »

Mme Anne Souyris. – Cet amendement, issu du groupe de travail transpartisan de l'Assemblée nationale sur les déserts médicaux, limite à quatre ans la durée des remplacements en libéral dans la carrière d'un praticien. On me rétorquera que c'est coercitif mais, après quatre ans, il n'est pas déraisonnable de considérer qu'un médecin peut avoir trouvé un lieu où s'établir. C'est donc une solution raisonnable pour favoriser l'installation durable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les remplacements permettent de maintenir une offre dans les territoires sous-dotés, mais aussi de soulager les médecins généralistes. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Nous voulons aussi encourager les installations durables dans les déserts médicaux. La quatrième année d'internat sera utile de ce point de vue, en familiarisant les jeunes médecins avec l'exercice libéral. Mais supprimer les remplacements n'est pas pertinent. Les jeunes peuvent ainsi découvrir d'autres territoires, par exemple outre-mer. Avis défavorable.

L'amendement n°188 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°112 rectifié *ter*, présenté par Mmes Sollogoub et N. Goulet, M. H. Leroy, Mme Guidez, M. Chasseing, Mme O. Richard, M. Canévet, Mme Gatel, MM. Guerriau, Menonville et Laugier, Mme Romagny, M. Lafon, Mme Josende, M. Anglars, Mme Perrot et MM. Levi, J.M. Arnaud, Hingray, Longeot et Gremillet.

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le II, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« II bis – Lorsque le centre de santé est placé hors de la convention en application des dispositions de l'article L. 162-32-3 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la fermeture immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre et, lorsqu'elles existent, de ses antennes. » ;

2° Au III, après les mots : « du II », sont insérés les mots : « ou du III ».

Mme Nadia Sollogoub. – La procédure de déconventionnement d'un centre de santé n'entraîne

pas directement la fermeture du centre, alors que la sanction est prise en raison de violation des engagements pris, notamment pour fraude. Les procédures de fermeture sont longues, complexes et trop peu efficaces.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le directeur général de l'ARS peut déjà fermer un centre pour raison de santé publique. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis favorable. Cet amendement garantit la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

L'amendement n°112 rectifié ter est adopté.

Mme la présidente. – Nous avons examiné 91 amendements au cours de la journée ; il en reste 100 à examiner sur ce texte.

La séance est levée à minuit quarante.

Prochaine séance aujourd'hui, mercredi 25 octobre 2023, à 15 heures.

Pour le Directeur des Comptes rendus du Sénat,

Rosalie Delpech

Chef de publication

Ordre du jour du mercredi 25 octobre 2023

Séance publique

À 15 heures et le soir

Présidence :

M. Gérard Larcher, président,
M. Loïc Hervé, vice-président,
M. Pierre Ouzoulias, vice-président

Secrétaires :

M. Jean-Michel Arnaud,
Mme Catherine Conconne

1. Questions d'actualité au Gouvernement
2. Suite de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (*texte de la commission, n°49, 2023-2024*)