

**LUNDI 3 JUIN 2019**

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

## SOMMAIRE

<b>ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (<i>Procédure accélérée</i>) .....</b>	<b>1</b>
<b><i>Discussion générale</i></b>	<b>1</b>
Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé	1
Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation	2
M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales	2
M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication	3
M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable	4
<b><i>Question préalable</i></b>	<b>4</b>
Mme Laurence Cohen	4
<b><i>Discussion générale (Suite)</i></b>	<b>6</b>
M. Dominique Théophile	6
Mme Cathy Apourceau-Poly	6
M. Bernard Jomier	6
M. Guillaume Arnell	7
M. Daniel Chasseing	8
Mme Catherine Deroche	8
Mme Élisabeth Doineau	9
Mme Corinne Imbert	9
M. Yves Daudigny	10
Mme Annie Delmont-Koropoulis	10
Mme Frédérique Vidal, ministre	10
Mme Agnès Buzyn, ministre	11
<b><i>Discussion des articles</i></b>	<b>12</b>
ARTICLE ADDITIONNEL avant l'article premier	12
ARTICLE PREMIER	12
M. Alain Milon, rapporteur	12
Mme Laurence Cohen	13
Mme Cathy Apourceau-Poly	13
Mme Michelle Gréaume	13
M. Bernard Jomier	13
M. Stéphane Piednoir	13
Mme Angèle Prévile	13
M. Daniel Chasseing	14
Mme Sonia de la Provôté	14

ARTICLE 2	26
Mme Laurence Cohen	26
M. Bernard Jomier	26
M. Stéphane Piednoir	26
Mme Angèle Prévile	27
M. Hervé Maurey	27
M. Daniel Chasseing	27
Mme Frédérique Vidal, ministre	27
<b>ANNEXES</b> .....	<b>37</b>
<i>Ordre du jour du mardi 4 juin 2019</i>	<b>37</b>
<i>Analyse des scrutins publics</i>	<b>37</b>

## SÉANCE du lundi 3 juin 2019

97<sup>e</sup> séance de la session ordinaire 2018-2019

PRÉSIDENCE DE MME HÉLÈNE CONWAY-MOURET,  
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :  
MME CATHERINE DEROCHE, MME FRANÇOISE GATEL.

*La séance est ouverte à 15 heures.*

*Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.*

### Organisation du système de santé (Procédure accélérée)

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

#### Discussion générale

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** – C'est avec humilité mais détermination que j'aborde l'examen de ce projet de loi. Je mesure pleinement les attentes sur vos territoires. L'enjeu de ce texte, c'est que notre système de santé tienne demain les promesses qu'il a toujours tenues.

De 1991 à 2000, moins de 4 000 médecins ont été formés chaque année ; nous payons le prix fort de ce manque d'anticipation. La transformation de notre système de santé n'est pas une option, c'est une nécessité absolue.

Nous proposons un changement de paradigme, de culture, autour de deux axes : le temps médical disponible, pour permettre aux médecins de faire ce pourquoi ils sont les mieux qualifiés, et le décloisonnement, afin que l'exercice coordonné devienne la norme. Ce projet de loi est l'un des instruments de la transformation de notre système de santé. D'autres outils viendront les compléter ; je pense, en particulier, au déploiement de 400 généralistes sur les territoires les plus en difficulté et celui des assistants médicaux pour libérer du temps médical, au développement des communautés professionnelles territoriales de santé pour une meilleure coordination des professionnels.

Je souhaite rassembler l'ensemble des acteurs autour de cette stratégie. Elle commence à porter ses fruits : un premier syndicat de médecins généralistes

vient d'annoncer hier qu'il signera la convention avec l'assurance maladie sur les assistants médicaux et les communautés professionnelles territoriales de santé.

Le texte, qui comportait initialement 23 articles, a été enrichi par le travail parlementaire. Conformément aux engagements pris, la première année commune aux études de santé (Paces) et le *numerus clausus* seront supprimés dès septembre 2020. Le deuxième cycle des études médicales sera rénové avec la transformation des épreuves classifiantes nationales (ECN). Frédérique Vidal vous précisera le détail de ces mesures.

Le titre II structure les collectifs de soins de proximité dans les territoires. La création de projets territoriaux de santé aidera à mettre en cohérence les initiatives de tous les acteurs des territoires, quel que soit leur statut, en associant évidemment élus et usagers. Ces projets territoriaux formalisent le décloisonnement qui constitue la pierre angulaire de « Ma santé 2022 ».

Le statut des hôpitaux de proximité sera revu, nous voulons qu'ils soient mieux adaptés aux soins du quotidien, plus ouverts sur la ville et le médico-social. Leurs missions socles ont été inscrites dans la loi, tandis que les modalités de financement seront définies dans les prochaines lois de financement de la sécurité sociale. Je vous l'affirme : il n'y a pas de carte hospitalière cachée. (*On en doute sur les bancs du groupe CRCE.*) Les hôpitaux de proximité sont une chance pour les territoires, nous y investirons d'importants moyens financiers. Avec la gradation des soins et les consultations avancées, nous assurons à tous nos concitoyens des soins de qualité en proximité.

Le projet médical doit être le centre de gravité des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont le projet de loi représente l'acte II. La gestion des ressources humaines sera mutualisée et la gouvernance renforcée en conséquence.

Un article introduit à l'Assemblée nationale offre aux professionnels de la rééducation - et nous pensons, en particulier aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes - la possibilité de cumuler une activité libérale en ville et une activité à l'hôpital. Les députés ont également autorisé la délivrance par les pharmaciens de médicaments sous prescription médicale obligatoire et ouvert aux infirmiers la possibilité d'adapter des prescriptions et de prescrire certains produits en vente libre.

Dernier pilier de ce projet de loi, le numérique et l'innovation. Notre ambition est de redonner à la France les moyens d'être en pointe sur ces sujets. L'exploitation des données de santé facilitera la recherche, améliorera le pilotage du système de santé et l'information des patients. Nous créons l'espace numérique en santé, un compte personnel en ligne pour un accès au dossier médical partagé ; les télésoins grâce auxquels certains professionnels

paramédicaux et les pharmaciens pourront réaliser des actes à distance.

Je veux partager avec vous une conviction : rien n'est possible sans une relation de confiance durable avec les élus. Le décloisonnement doit aussi avoir lieu entre État et territoires. Les décisions relatives à notre système de santé ne peuvent être imposées d'en-haut.

Représentants des territoires, porte-voix des inquiétudes de nos concitoyens, j'espère que vous serez convaincus, comme moi, de la pertinence de ce texte et de cette stratégie. Un pays qui sait soigner est un pays qui peut guérir. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, RDSE, Les Indépendants et UC*)

**Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.** – Transformer notre système de santé pour le préserver suppose que les professionnels de santé travaillent autrement. L'intelligence artificielle au service du diagnostic, la génomique pour personnaliser les traitements, la télémédecine pour mettre à disposition de tous nos concitoyens l'expertise la plus pointue ; face à de telles transformations, il est indispensable d'adapter notre système de formation. Il y va de notre responsabilité vis-à-vis des générations futures.

Les deux premiers articles de ce texte proposent une évolution majeure des études de médecine et, plus généralement, en santé. Je remercie les commissions de les avoir enrichis. Le Gouvernement vous proposera de discuter à nouveau de certains sujets tels que la participation des patients à l'enseignement. La Paces, « acronyme funeste menant de bons lycéens à l'échec », est supprimée, comme le *numerus clausus*. Il s'agit, avec ces deux dispositions, de faire vivre, dans la formation des médecins, tous les principes qui ont sous-tendu la loi Orientation et réussite des étudiants.

Chaque année, plus de 40 000 bons lycéens, généralement bons élèves, s'inscrivent en Paces, un tiers réussira mais une bonne part devra reprendre des études à zéro ; certains, parmi les plus fragiles, seront brisés. D'autres, anticipant ce risque, n'osent même pas se lancer dans un tel projet. Cette autocensure participe à la reproduction sociale qui caractérise les études de médecine. Demain, un lycéen pourra débiter ses études supérieures dans une diversité de cursus. Dans ce cadre, il aura tous les atouts pour réussir et choisir, s'il le souhaite, de candidater pour entrer dans les études de santé. Ces études resteront évidemment sélectives. L'excellence académique, mais aussi d'autres compétences, utiles à ce métier où la communication interpersonnelle tient tant de place, permettront aux candidats d'accéder aux filières de santé.

Les parlementaires ont affiné le premier article, notamment en définissant ce qui devra être précisé par le pouvoir réglementaire et en laissant une marge importante d'autonomie aux acteurs locaux. Nos universités ont préparé les nouveaux parcours de

licence, aidons-les à mettre en œuvre ces évolutions dès 2020 pour faire cesser le gâchis de la Paces.

Nos concitoyens l'ont répété avec forces au cours de ces derniers mois ; leurs élus sont les premiers auxquels sont adressés leurs messages, leurs demandes, leurs colères et, parfois leur détresse. Certains de nos territoires manquent de professionnels de santé et les politiques malthusiennes y ont contribué. Si supprimer le *numerus clausus* relève du bon sens, nous devons la vérité aux Français. Cela ne permettra pas, dès demain, d'augmenter le nombre de médecins formés ni d'améliorer l'accès aux soins. Il faudra d'autres mesures. Oui, les études doivent avoir pour objectif l'équilibre territorial. Cela est si important qu'il faut l'écrire dans la loi comme le propose votre rapporteur pour avis, M. Lafon.

L'article 2 est également placé sous le signe de la bienveillance, de l'exigence et de l'ouverture. Qualité de synthèse, capacité à prendre une décision dans une situation d'incertitude et à mener un exercice clinique, expérience internationale, implication dans un travail de recherche ne comptent pas dans les études de médecine. Le bachotage intensif fait perdre le sens même de ce qui a conduit les étudiants dans cette voie. Nous proposons d'en finir avec cette situation en diversifiant les critères d'évaluation des étudiants, en construisant des parcours multiples en perspective de l'internat. J'en suis persuadée : mieux formés, les médecins nous soigneront mieux.

L'organisation du deuxième cycle devra également tenir la promesse de former les professionnels dont les territoires ont besoin. Résolument, nous avons préféré la découverte de tous les modes d'exercice, la diversité des terrains de stage, la qualité de l'encadrement pédagogique aux mesures coercitives. Former à la maîtrise de stage des professionnels regroupés, utilisant le plateau technique d'un hôpital local, pour qu'ils puissent transmettre leur passion à des jeunes sera plus efficace. C'est ensemble, État et collectivités territoriales, enseignants et étudiants, que nous réussirons.

Voilà la vision du Gouvernement pour garantir la réussite et l'épanouissement des étudiants, la diversité des trajectoires et des talents, la compétence de professionnels au service de tous les territoires. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, RDSE et UC*)

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** – L'intitulé de ce texte est riche de promesses : réformer mais aussi transformer notre système de santé. Nous partageons cette ambition : il est, effectivement, « à bout de souffle ». En revanche, ce projet de loi, le troisième en dix ans pour tenter de résoudre la crise, n'est pas à la hauteur des enjeux. Il dessine un cadre général d'orientations. Le très large renvoi à des ordonnances et des décrets dont on ignore le contenu empêche un débat serein, en particulier sur les hôpitaux de proximité et l'évolution

de la carte hospitalière. Pour autant, notre commission n'a pas souhaité faire obstacle aux réformes.

Sentiment d'inachevé, donc, mais aussi regret. Comment prétendre transformer notre système de santé sans évoquer sa gouvernance et son financement ? Comment ériger le décloisonnement en priorité sans revoir les contours d'un pilotage national qui accentue les logiques de silos ? J'aurais souhaité retrouver le souffle des ordonnances Debré ou, à un niveau moindre, de la loi HPST.

Je souhaite que nous poursuivions ensemble la réflexion sur le principe d'un payeur unique pour remplacer notre système à deux étages. J'y vois un enjeu d'efficacité mais aussi de lisibilité et, donc, d'adhésion à notre système de santé. De même, je n'ai pas pu inscrire dans le projet de loi le principe d'une « banque des investissements », le ministère doit approfondir la réflexion sur ce sujet crucial pour l'avenir des hôpitaux.

La commission des affaires sociales, dans un esprit constructif, a souhaité améliorer le texte en mettant l'accent sur les territoires et le numérique. Le grand débat a montré l'inquiétude de nos concitoyens face aux déserts médicaux. Le *satisfecit* sur la réforme des études de santé ne doit pas nous conduire à endosser une communication parfois ambiguë sur « la fin du *numerus clausus* ». La sélection demeurera, ne serait-ce qu'en raison des moyens limités des universités. Cette mesure ne se traduira pas rapidement par l'arrivée de nouveaux médecins ; surtout, elle est, sans lien, avec leur répartition territoriale. Sur ce sujet sensible, il n'existe pas de solution miracle. Nous voulons encourager les jeunes praticiens à s'ancrer rapidement auprès d'un territoire et d'une patientèle avec une incitation fiscale forte à l'installation au sortir des études et une limitation à trois ans de l'exercice comme remplaçant.

Autre ligne directrice de nos travaux, la confiance dans les acteurs de terrain et les collectivités territoriales. En s'inscrivant dans la continuité de la loi Touraine adoptée il y a trois ans, ce texte opte pour un pragmatisme bienvenu. Les acteurs commencent, en effet, à peine à se l'approprier, comme l'ont montré nos collègues Catherine Deroche, Véronique Guillotin et Yves Daudigny dans un premier bilan. Toutefois, si le projet territorial de santé est un levier du décloisonnement indispensable entre la ville, l'hôpital et le médico-social, je regrette qu'on superpose et complexifie les outils. *Idem* sur les groupements hospitaliers de territoire : n'imposons pas un schéma identique.

Le lien entre État et élus locaux doit être repensé. La présence des parlementaires dans les instances locales n'est pas la solution. Nous avons préféré renforcer les prérogatives du conseil de surveillance des ARS et le poids des élus locaux en son sein. La commission a également consolidé, en adoptant des amendements du groupe socialiste, le rôle de pilotage stratégique des conseils de surveillance des hôpitaux.

Sur la transformation numérique de notre système de santé, la commission a confirmé la mise en place d'une plateforme des données de santé et rendu automatique l'ouverture d'un espace numérique de santé. Elle a, parallèlement, conforté les obligations en matière d'accessibilité pour nos concitoyens éloignés des usages numériques. Enfin, nous avons rehaussé les exigences d'interopérabilité applicables au secteur en instituant un mécanisme de certification.

Telles sont les orientations qui ont guidé notre commission pour l'examen d'un texte dont nous reconnaissons à la fois les apports et les limites.

Je remercie les rapporteurs pour avis pour le regard complémentaire qu'ils ont apporté sur le texte, même si nous ne sommes pas d'accord sur certains sujets d'importance et le resterons longtemps. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains*)

**M. Laurent Lafon**, rapporteur pour avis de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication. – Notre commission s'est saisie pour avis des articles premier à 2<sup>ter</sup> contenant les dispositions relatives à la réforme des études de santé, que nous soutenons. La méthode, faite d'expérimentation avec les professionnels et de concertation, a permis l'émergence d'un réel consensus.

Les inconvénients de la Paces et des ECN sont connus. Avec un taux de réussite inférieur à 30 %, le système met en échec de nombreux jeunes, pourtant excellents bacheliers ; il s'avère coûteux pour la Nation et les familles. La Paces est davantage une année de sélection que d'étude : amphithéâtres surchargés, quasi-absence de travaux dirigés. Le recrutement conduit à favoriser un profil type stéréotypé en termes de parcours scolaire - des bacheliers scientifiques mention très bien - et d'origine sociale.

Ce texte s'inspire des expérimentations lancées depuis 2013, qui ont donné de très bons résultats en matière de diversification des profils et parcours. Il semble toutefois peu réaliste de mettre en œuvre la réforme dans les délais impartis : six mois, c'est trop court. Si l'on se contente de renommer la Paces en « portail santé », on aura échoué.

Le Gouvernement signe la fin de trois ans de bachotage intensif en supprimant les ECN. Pour accéder au troisième cycle, les étudiants devront désormais avoir une note minimale à des examens qui resteront nationaux et valider les acquis du second cycle par des simulations et des oraux.

La commission de la culture a également souhaité que les études de santé prennent mieux en compte les questions d'implantation territoriale des futurs professionnels de santé. Il serait bon d'offrir aux étudiants en médecine des stages en zones sous-denses.

Enfin, ces mêmes étudiants doivent bénéficier des programmes d'échanges internationaux, aujourd'hui très sous-développés dans ce secteur.

La commission de la culture a adopté huit amendements dont deux ont été retenus par la commission des affaires sociales ; je présenterai à nouveau les autres en séance. Le Gouvernement est contraint d'agir rapidement : les décrets devront être publiés et les résultats intégrés dans Parcoursup avant la rentrée prochaine. Cela explique le recours massif aux ordonnances et aux décrets, que nous regrettons.

Nous serons attentifs à la mise en œuvre de cette réforme. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UC*)

**M. Jean-François Longeot**, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Les Français l'ont rappelé lors du grand débat : les inégalités d'accès aux soins minent la cohésion sociale et ajoutent une fracture sanitaire à toutes celles que notre pays connaît. Notre commission de l'aménagement du territoire et du développement durable s'est saisie des dispositions ayant des conséquences territoriales et relatives au numérique.

Les constats du rapport Maurey de 2013 et de mon rapport pour avis sur le projet de loi de 2015 sont hélas toujours d'actualité. Face à l'ampleur de la désertification médicale, la commission a souhaité créer un groupe de travail dédié à cette question en 2017, dont j'assume la co-présidence avec Hervé Maurey.

Notre système de soins demeure cloisonné entre ville et hôpital ; les écarts d'accès aux soins entre départements sont patents : de 1 à 3 pour les généralistes, de 1 à 8 pour les spécialistes et même de 1 à 20 pour l'accès à certaines spécialités comme les pédiatres ou les gynécologues. En 2030 seulement, nous retrouverons la démographie médicale de 2015.

D'ici à 2025, un généraliste sur quatre n'exercera plus. La carte des déserts médicaux se superpose avec celle de la mortalité précoce. Nous ne pourrions pas dire que nous ne savions pas.

Ces inégalités coûtent, selon la Cour des comptes, de 300 millions à 3 milliards d'euros par an à notre système de santé. Par ailleurs, les dépenses de santé et de médicaments sont plus importantes là où la densité de médecins est forte, sans que l'état de santé des populations justifie cet écart. Réguler l'offre de soins, c'est non seulement améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens mais aussi maîtriser l'évolution des dépenses de santé.

La grande majorité des personnes et organismes que j'ai auditionnés, souvent avec M. Lafon, ont exprimé des doutes sur la capacité de ce texte à améliorer à court terme le quotidien de nos concitoyens. Ses dispositions sont, en effet, limitées et essentiellement techniques.

Nous avons proposé l'adoption de 30 amendements portant sur 18 articles à la commission des affaires sociales pour adapter les études de médecine, avec la question des stages notamment, et certains éléments de notre système de soins à l'exigence de proximité ; réguler l'offre de soins et réaffirmer le principe d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ; libérer du temps médical dans tous les territoires en allégeant les contraintes administratives pesant sur les professionnels, en développant les partages de compétences et en soutenant le déploiement de l'e-santé.

Pour la séance publique, la commission a souhaité proposer des mesures plus resserrées et pragmatiques. Je présenterai 12 amendements portant sur 8 articles.

Madame la ministre, quand apporterez-vous une réponse durable pour permettre un égal accès aux soins ?

### Question préalable

**Mme la présidente.** – Motion n°792, présentée par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 525, 2018-2019).

**Mme Laurence Cohen.** – Face aux inégalités croissantes en matière d'accès aux soins, comment penser que l'efficacité de notre système de santé passe par une réorganisation et une mutualisation de moyens rabaotés chaque année ? Comment ne pas dénoncer les dangers de ce texte qui réforme la carte hospitalière et réduit les hôpitaux de proximité à des coquilles vides ?

Vous supprimez le *numerus clausus*, ce que nous demandions depuis longtemps, mais sans donner davantage de moyens aux universités. Vous le maintenez pour les professions paramédicales et, je pense, en particulier aux orthophonistes dont on manque partout.

Ce texte fait la part belle aux ordonnances. La réforme de la Paces, pour être intégrée dans Parcoursup, exigerait d'aller vite mais comprenez qu'il soit difficile de délivrer un tel blanc-seing au Gouvernement.

Trente années de réformes successives, dont le Gouvernement assume la continuité, ont conduit notre système de santé dans l'impasse. Mardi 28 mai à midi, le président du SAMU de France a appelé à une cessation symbolique du travail de 5 minutes, très largement suivie, pour dénoncer un point de rupture encore jamais atteint.

Il faut décréter l'état d'urgence sanitaire ! Les Français peinent à accéder aux médecins, les personnels hospitaliers sont à bout, la pénurie de médicaments guette. Il faut revoir notre système de santé en lui accordant des financements de grande ampleur. Le Gouvernement a bien trouvé 40 milliards d'euros pour les entreprises ! C'est une question de choix politique.

Ce texte aggrave les déserts médicaux et, sous couvert de gradation des soins, éloigne les patients des infrastructures. Vous pouvez bien assurer qu'il n'y aura plus de fermetures d'hôpitaux de proximité : vous videz les hôpitaux de leurs services essentiels et supprimez des lits. Les conditions de travail et de soins ne cessent de se dégrader ! Nous l'avons constaté lors du tour de France des hôpitaux et des Ehpad que nous avons effectué avec nos collègues députés du groupe GDR. Une phrase revenait comme une antenne : « Nous ne faisons plus de la qualité mais de l'abattage. »

En 2014, nous avons déposé une proposition de loi imposant un moratoire sur les fermetures. Mme Touraine s'était engagée à ne plus fermer d'hôpitaux. Voyez où nous en sommes : 3 111 établissements de santé en 2014, 3 065 en 2016 : 46 fermetures définitives. Il aurait été salutaire de voter notre proposition de loi. Dans cette situation, comment Martin Hirsch peut-il annoncer la suppression de 1 000 lits à l'AP-HP d'ici à 2024 sans que le Gouvernement réagisse ?

Vous voulez créer 4 000 postes d'assistants médicaux, regrouper l'exercice médical en maison et centres de santé. Chiche ! Il faut aider les centres de santé à se développer en clarifiant le statut de leur personnel.

Nous avons élaboré un projet alternatif de réforme de notre système de santé à la suite de notre tour de France. En supprimant la taxe sur les salaires dans les hôpitaux, en luttant contre la fraude patronale aux cotisations sociales, en supprimant le CICE et le CIR, nous trouverons les moyens dont l'hôpital public a besoin pour financer les 100 000 emplois nécessaires, revaloriser les carrières et les rémunérations.

Les élus locaux et le personnel doivent être davantage entendus au sein des hôpitaux. Nos 86 propositions réorientent les recettes de la sécurité sociale pour réformer le système de santé. La politique menée depuis la loi HPST et la loi Touraine ont échoué, pourquoi s'entêter à la poursuivre ?

Écoutez les infirmières de Valence qui chantent : « Y a de la colère dans les cathéters » ; écoutez le personnel des urgences qui se mobilise dans toute la France. Votez notre motion préalable ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE)*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**M. René-Paul Savary.** – Nous ne soutiendrons pas la motion de nos collègues. Comme eux, nous avons repéré les faiblesses de ce projet de loi ou, plus exactement, ses manques. M. Milon l'a bien démontré : difficile de transformer notre système de santé sans aborder sa gouvernance et son financement, de mieux répondre aux besoins des territoires en maintenant une administration centralisée de la santé. Enfin, le recours aux ordonnances n'est guère satisfaisant.

Pour autant, le texte a été utilement enrichi en commission et pourra encore être complété. Poursuivons nos débats. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)*

**M. Michel Amiel.** – Nous ne voterons pas non plus cette motion. Nous avons fait cheminer la démocratie parlementaire et sociale, notamment à travers l'avenant aux conventions médicales pour la modulation des rémunérations et les fameuses communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Nous devons pouvoir discuter d'une question aussi fondamentale que la santé et faire avancer les choses. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM)*

**M. Daniel Chasseing.** – La suppression du *numerus clausus*, la réforme des études de médecine, les projets territoriaux de santé sont autant d'enrichissements utiles. La création des assistants médicaux et le déploiement de 400 médecins généralistes, la clarification du statut des hôpitaux de proximité représentent également des mesures intéressantes. Le Sénat pourra apporter d'autres solutions concrètes pour améliorer l'accès aux soins, nos concitoyens le réclament.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Le groupe UC ne votera pas la motion. Il serait dommage de se priver de débat, d'autant qu'il est déjà obéré par les nombreuses habilitations du projet de loi.

De plus, les deux rapporteurs pour avis du groupe UC n'ont pas, eux non plus, souhaité écourter les débats.

**M. Guillaume Arnell.** – Fidèle à sa ligne de conduite, le RDSE ne votera pas cette motion qui écourte le débat - un débat qui sera utile pour améliorer et corriger le texte.

Après une loi de droite - la loi HPST - et une loi de gauche - la loi Touraine - trouvons une nouvelle voie pour avancer ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe RDSE)*

À la demande du groupe CRCE, la motion n°792 est mise aux voix par scrutin public.

**Mme la présidente.** – Voici le résultat du scrutin n°126 :

Nombre de votants.....341  
Nombre de suffrages exprimés.....270

Pour l'adoption ..... 16

Contre ..... 254  
 Le Sénat n'a pas adopté.

### Discussion générale (Suite)

**M. Dominique Théophile.** – (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM*) Après plusieurs mois de travail, des heures d'auditions, une centaine d'amendements adoptés en commission, ce projet de loi arrive dans l'hémicycle pour traduire un engagement du président de la République : redonner du souffle à notre système de santé. Le plan « Ma Santé 2022 » vise à apporter des réponses concrètes aux difficultés d'accès aux soins mais aussi aux aspirations des professionnels de mieux coopérer, de disposer de plus de temps médical et d'une autre formation.

La mesure la plus emblématique du texte est la suppression du *numerus clausus* pour augmenter de 20 % le nombre de praticiens formés. Pour cela l'ECN est supprimé, et un statut unique de praticien hospitalier créé.

La qualité et la pertinence des soins sont des enjeux prioritaires, avec la création à l'article 7 des projets territoriaux de santé, nouvel outil pour une meilleure coordination des actions. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) doivent rester à l'initiative des acteurs de terrain.

La synergie entre hôpital et médecine de ville est une demande des professionnels de santé. L'article 8 crée les hôpitaux de proximité, qui assureront une médecine polyvalente et des consultations non programmées. Les premiers seront labellisés en 2020, avec un objectif de 500 d'ici 2022. Seule leur gouvernance sera fixée par ordonnances, leur financement devant être déterminé par le prochain PLFFS.

Ce projet de loi met la santé au plus près des patients en libérant du temps médical, en créant de nouveaux métiers comme celui d'assistant médical. Il s'agit de garantir à chacun un égal accès aux soins.

Le titre III met en place les outils numériques pour les patients et les professionnels, renforçant les synergies entre professionnels libéraux, hospitaliers et médico-sociaux tout en garantissant la protection des données de santé.

Je ne peux conclure sans évoquer les enjeux de santé dans les outre-mers. « Ma Santé 2022 » pour l'outre-mer, c'est une ARS fonctionnelle à Mayotte, une faculté de médecine de plein exercice aux Antilles ; celle-ci existe depuis 1988, mais nos étudiants partent pour l'Hexagone dès la quatrième année... Nous proposerons aussi un amendement pour améliorer l'article 21 *bis* concernant les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) outre-mer.

Notre groupe sera attentif et force de propositions au cours de nos débats. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM*)

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – De nombreux professionnels de santé sont en ce moment même mobilisés pour dénoncer les réorganisations liées à vos orientations budgétaires : l'inhumanité des soins, les non-remplacements, les contrats non renouvelés, les suppressions de lits, le manque de matériel. Votre Gouvernement, pendant ce temps, fait primer la rigueur sur l'amélioration des conditions de travail, l'austérité financière sur l'humain.

Le projet de loi supprime le *numerus clausus*, la Paces et les ECN. Nous avons donc été entendus. Le 21 juin 1971 déjà, à l'Assemblée nationale, face au projet de sélection à l'entrée en faculté de médecine, les députés communistes défendaient un plan d'urgence pour la formation des étudiants, la construction de centres hospitaliers universitaires (CHU) et de centres hospitaliers régionaux (CHR) et l'augmentation du nombre de lits à l'hôpital public. Cinquante ans plus tard, les faits nous donnent raison.

Nous craignons toutefois que le *numerus clausus* soit remplacé par des quotas régionaux fixés par les ARS et les facultés de médecine. Il faudra augmenter les moyens des universités et les capacités d'accueil en stage et veiller à ce que le futur décret ne remplace pas l'évaluation par d'autres critères de sélection.

Le Gouvernement veut faciliter le cumul emploi-retraite des médecins par des baisses de cotisations, mais le coût sera élevé. Les exonérations existent déjà pour les praticiens en zone sous-dense et n'ont guère eu d'effet... Commençons plutôt par revitaliser les territoires pour les rendre attractifs. Les jeunes professionnels aspirent légitimement à une vie de famille, aux loisirs. Cela peut passer par des centres de santé pluridisciplinaires réunissant des médecins salariés, ou des contrats d'engagement réellement attractifs.

Les GHT, créés en 2016, sont devenus de véritables mastodontes, outils de concentration des moyens, au détriment des petits hôpitaux. Le texte accélère le processus avec la mutualisation des ressources humaines. Encore facultative, la fusion des trésoreries et des fonctions support sera la prochaine étape...

Les établissements publics de santé sont mis en concurrence au sein des GHT : on leur demande de gagner des parts de marché, comme des entreprises privées, en oubliant que l'on parle d'humain ! Nous défendons une autre logique que votre politique libérale, car la santé n'a pas de prix. (*Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE ; Mme Laurence Rossignol applaudit également.*)

**M. Bernard Jomier.** – (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*) Deux années après votre prise de fonctions, madame la ministre, vous nous présentez une loi non de santé mais de réorganisation

de notre système de soins. On peut y voir du pragmatisme, ou un manque d'ambition. L'avenir répondra.

Reste un texte aux contours flous, au contenu flouté par le recours massif aux ordonnances. Alors que la création de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) en 1996 avait renforcé l'implication du Parlement, vous le dépossédez en prétendant revoir par ordonnances une question aussi politique que la carte de l'offre de soins. Vous marginalisez le Parlement, à l'heure où la santé est devenue un enjeu de débat collectif, sociétal et politique.

Modifier le mode de sélection des étudiants est bienvenu pour mettre fin au gâchis humain, tout comme la suppression du verrou final des ECN ; mais comment s'en satisfaire, si rien n'est dit du contenu du second cycle ?

La désertification médicale nous impose d'agir. Sous la pression de cette pénurie, les fondements de notre organisation des soins, du partage des tâches sont menacés. Oui, certains professionnels de santé sont sous-valorisés et sous-utilisés. Il faut mieux les reconnaître, sans céder au confusionnisme entre diagnostic, soin et délivrance des produits de santé. À cet égard, le texte de l'Assemblée nationale n'est pas satisfaisant.

Le numérique en santé, riche de progrès, risque aussi d'engendrer des inégalités territoriales et sociales supplémentaires, entre les patients qui auront un médecin en face d'eux, et ceux qui n'auront qu'un écran. Le numérique ne doit pas être un pis-aller, au risque d'engendrer une médecine à deux vitesses.

Pour lutter contre la désertification, le conventionnement sélectif pourrait être un remède pire que le mal ; le Sénat vous propose une solution, mettre en œuvre au plus vite l'année de professionnalisation des internes en médecine générale dans les territoires ; déjà prévue par l'harmonisation européenne des cursus et l'arrêté européen de 2017, cette mesure aurait un effet à horizon de trois ans, là où les besoins sont le plus criants.

Votre texte, qui ouvre des pistes intéressantes, est insuffisamment mûri. Je regrette d'autant plus le choix de la procédure accélérée ; la loi HPST méritait des correctifs, mais il faut prendre le temps. La loi de 2016 n'est pas encore évaluée que vous vous empressiez de légiférer à nouveau.

Le groupe socialiste se prononcera à l'issue de l'examen du texte, car votre copie est trop blanche : vous transformez le vote en question de confiance. Vos réponses au cours de nos débats seront déterminantes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

**M. Guillaume Arnell.** – Depuis dix ans, de nombreux textes se sont succédé sur le système de santé, partageant un diagnostic précis de la situation.

Car le bilan dressé en 2009 par la loi HPST est malheureusement toujours d'actualité. Aucune grande loi n'a réussi à réformer en profondeur l'organisation de notre système de santé et l'adapter aux enjeux actuels. Or il faut réduire le cloisonnement entre médecine de ville, hôpital et médico-social, entre public et privé, entre les professionnels de santé eux-mêmes. L'accès aux soins s'est complexifié avec la métropolisation et l'évolution des mentalités ; les jeunes médecins aspirent à plus de liberté, de loisirs, un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

La décision d'installation dépend aussi, désormais, des perspectives d'emploi du conjoint... Le système doit prendre en considération cette évolution.

Dès lors, comment votre texte corrigera-t-il les insuffisances des précédentes lois et quelles voies nouvelles proposera-t-il ?

Une réforme d'envergure ne peut se faire sans moyens humains et financiers. Nous regrettons que ce texte n'en dise mot et attendons le PLFSS avec impatience.

Nous regrettons le recours aux ordonnances. Vous connaissez les convictions à ce sujet du Sénat et tout particulièrement du groupe RDSE. Certes, vous vous êtes engagée à nous présenter les ordonnances en commission et à fournir une étude d'impact - mais vous nous privez de la possibilité de participer à l'écriture de ces dispositions.

La suppression du *numerus clausus* était attendue, mais les universités auront-elles les moyens de former 20 % d'étudiants en plus ? Nous nous réjouissons de la suppression de la Paces et des ECN ; cette réforme permettra de diversifier les profils et de mieux prendre en compte l'expérience et le projet professionnel des étudiants.

Même chose pour la réforme du statut de praticien hospitalier, même si le texte renvoie sur ce point à une ordonnance.

Nous voterons les propositions de notre rapporteur sur les écarts de rémunération entre titulaires et contractuels à l'hôpital. Cela permettra peut-être de limiter le recours à l'intérim.

Nous saluons l'instauration du projet territorial de santé qui devrait améliorer la coopération entre médecine de ville, hôpital et secteur médico-social ainsi que la coordination de l'offre de soins.

Nous sommes, en revanche, plus circonspects s'agissant des hôpitaux de proximité. Dommage de renvoyer aux ordonnances sur un sujet aussi sensible. Dans nos territoires, l'inquiétude est grande. Si les hôpitaux perdent leurs plateaux techniques, il n'y aura plus de chirurgie ni d'obstétrique, ce qui aggravera la désertification médicale.

L'extension du médecin adjoint aux zones sous-denses, les nouvelles tâches confiées aux pharmaciens, infirmiers et sages-femmes vont dans le bon sens mais certains parmi nous déplorent l'absence

de mesures de régulation de l'installation des médecins. Nous craignons en effet que la seule incitation financière ne suffise pas...

L'article 21 *bis* étend à la Martinique et à la Guadeloupe le dispositif, qui existe en Guyane, permettant de recruter plus facilement des Padhue ; je vous proposerai de l'étendre à Saint-Martin.

Ce projet de loi suscite de fortes attentes. J'espère que nos débats permettront d'y répondre. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RDSE, Les Indépendants et sur certains bancs du groupe UC*)

**M. Daniel Chasseing.** – Ce projet de loi a l'ambition de résorber les déserts médicaux, les disparités sociales et régionales dans l'accès aux soins. Beaucoup de médecins sont proches de la retraite, ce qui fait craindre l'extension des zones blanches, et les jeunes médecins souhaitent d'autres conditions d'exercice.

Or notre système de santé est marqué par le vieillissement, la prévalence des pathologies chroniques et les problèmes de rupture d'approvisionnement en médicaments – sujet dont le Sénat s'est saisi, et qui fera l'objet d'un plan du Gouvernement fin juin.

La France a d'excellents professionnels de santé, mais il faut retrouver une couverture de soins de premier recours sur tout le territoire.

Je soutiens donc ce projet de loi que la commission des affaires sociales et son rapporteur Alain Milon ont amélioré, tout en préservant les lignes directrices. La réforme des études, nous l'espérons, permettra de préserver les filières médicales tout en humanisant la formation. L'objectif de 20 % d'étudiants en plus en deuxième année devra être défendu par les ARS auprès des universités, qui devront renforcer leur capacité de formation.

Saluons également les incitations fiscales à l'installation des jeunes médecins, l'amélioration des contrats d'engagement de service public (CESP) et à la limitation des remplacements à trois ans. Notre groupe, comme d'autres, défendra la mise à disposition d'étudiants de dernière année du troisième cycle pouvant exercer comme médecins adjoints dans les territoires les plus sous-dotés.

L'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire doit être la priorité. Sans une telle mesure, les élus des territoires demanderont des mesures coercitives - et nous les soutiendrons !

Le développement d'un réseau d'hôpitaux de proximité devrait permettre de repenser l'offre de soins dans une logique de subsidiarité et de complémentarité entre médecine de ville et hospitalière.

La numérisation du système de santé est un volet important du projet de loi. Avec le dossier médical partagé (DMP), les pharmaciens pourront s'investir

d'avantage, dans le cadre d'un protocole avec le médecin traitant.

Nous regrettons que la commission n'ait pas retenu le droit opposable à un médecin traitant et proposerons de le rétablir. Il n'est pas acceptable d'être pénalisé financièrement faute de médecin traitant !

Nous proposerons également d'étendre aux victimes d'infarctus du myocarde le droit à l'oubli en cas d'absence de risque.

Ce projet de loi comporte de nombreuses mesures bienvenues, mais il faut absolument permettre aux étudiants de dernière année du troisième cycle de devenir médecin adjoint.

**Mme la présidente.** – Il faut conclure.

**M. Daniel Chasseing.** – Le Sénat est dans son rôle en portant cette mesure. Faute de quoi, il faudra aller vers des mesures coercitives pour l'installation des médecins, plébiscitées, je le rappelle, par 70 % des Français. (*M. Jean-Claude Requier applaudit.*)

**Mme Catherine Deroche.** – (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*) Ce texte tant attendu recouvre essentiellement la réforme bienvenue des études de médecine, des ajustements ponctuels de l'organisation du système de soins et un volet numérique. Ce domaine circonscrit a conduit le Sénat à considérer nombre de nos amendements comme irrecevables au titre de l'article 45 de la Constitution.

**M. René-Paul Savary.** – Eh oui !

**Mme Catherine Deroche.** – Des sujets comme l'innovation en santé, la filière visuelle ou les biosimilaires n'entraient pas dans le périmètre.

Dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), nous avons dressé un bilan des outils instaurés par les lois HPST et Touraine pour la coordination des acteurs.

Les professionnels de santé se sont toujours coordonnés entre eux-mêmes sans outil juridique, mais l'inscription dans un exercice coordonné est un argument décisif pour l'installation. Les CPTS sont utiles pour la prise en charge des patients complexes ; elles organisent et structurent une action sanitaire territoriale plus populationnelle. Leur succès tient à la ténacité de leurs initiateurs mais aussi au soutien de l'ARS, qui doit être facilitatrice.

Un point fait consensus : la nécessité d'un cadre juridique souple à la main des professionnels, avec les marges suffisantes pour l'adapter aux besoins du territoire.

Les dispositifs d'appui sont nombreux et enchevêtrés entraînant un sentiment de confusion chez les professionnels. Certains de nos interlocuteurs réclament leur fusion, ou un pilotage par la CPTS. Allons au moins vers un guichet unique.

Les GHT, très hétérogènes, méritent une évaluation et des ajustements au cas par cas ; ils ont permis de développer les relations avec la médecine de ville, mais le bilan est inégal. Le déploiement des CPTS sera, je l'espère, un moyen de faciliter les échanges, tout comme le développement d'outils numérique interopérables.

Je salue l'équilibre trouvé par Alain Milon, et soutiens la position de Corinne Imbert sur l'insertion professionnelle des étudiants de dernière année. Privilégions la souplesse, l'adaptation aux territoires et faisons confiance aux acteurs locaux ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains ; M. Guillaume Arnell applaudit également.)*

**Mme Élisabeth Doineau.** – *(Applaudissements sur les bancs du groupe UC)* L'inégal accès aux soins est une préoccupation majeure des Français : elle cristallise les peurs, voire la colère.

Dès octobre 2017, quatre mois après votre arrivée aux affaires, vous lanciez un premier plan visant à renforcer l'accès territorial aux soins.

Le plan « Ma Santé 2022 », annoncé en septembre 2018 par le président de la République, a été salué par les professionnels de santé. Ce projet de loi n'en traduit qu'un chapitre : réforme des études médicales, libération du temps médical, création d'une plateforme des données de santé. Il suscitera beaucoup d'impatience et d'insatisfaction, faute d'apporter des réponses immédiates. Le recours aux ordonnances inquiète. La labellisation des hôpitaux de proximité, par exemple, peut faire soit le bonheur soit le malheur des élus locaux...

Le groupe UC est partagé mais convaincu qu'il faut mobiliser une multiplicité d'outils. Nous proposerons de décentraliser la formation des étudiants en médecine pour augmenter le nombre de places et maintenir les étudiants dans leur territoire au lieu de les rassembler dans les métropoles où, souvent, ils resteront. À Laval, les étudiants bénéficieront de cours retransmis de la faculté d'Angers. Cela ne peut se décider par un amendement, mais dépend des doyens. Merci, mesdames les ministres, de faire passer le message.

Autre proposition, la priorité aux stages en ambulatoire, pour donner envie aux futurs médecins de s'installer durablement sur les territoires. Il faut les diversifier et faciliter l'agrément des maîtres de stage. Le profil des médecins a changé. Ils ne souhaitent plus travailler 80 heures par semaine. Les nouveaux médecins sont 97 % à vouloir exercer en pluridisciplinaire. Avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, il est indispensable de regagner du temps médical.

Il faut, à cet effet, favoriser le partage des tâches, en fondant les soins primaires autour du triptyque médecin généraliste, pharmacien, infirmier libéral.

Il faut également fluidifier les parcours en facilitant les exercices mixtes. Ainsi, nous voulons autoriser la pratique d'une activité libérale aux praticiens salariés à temps plein des Espic.

L'objectif n'est pas de déléguer à tout va. Délégué à l'accès de soins, j'ai pu mesurer combien le dialogue et la pédagogie sont essentiels. Or sur les territoires, la déclinaison des politiques est perfectible. Il faut mieux communiquer au plus près du terrain pour fédérer les acteurs. Les élus locaux ont un rôle à jouer, à condition de connaître les dispositifs !

Ce projet de loi provoque globalement l'enthousiasme des Français si l'on en croit un grand quotidien national ; mais ils veulent aussi des mesures coercitives en matière d'installation des médecins, comme certains membres de mon groupe.

À titre personnel, je n'y suis pas favorable. Pour répartir, encore faudrait-il avoir des médecins en nombre. Or ils étaient 94 000 généralistes en 2010 et ne sont plus que 87 000 en 2019.

Nous partageons vos ambitions, madame la ministre. Je crois à la pédagogie et au partage des responsabilités. La santé est un sujet qui devrait nous unir ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes UC et Les Indépendants ; M. Guillaume Arnell applaudit également.)*

**Mme Corinne Imbert.** – *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)* Lors du PLFSS, il a beaucoup été renvoyé au futur projet de loi. Nous y voici. Or ce texte, mise à part la réforme des études, laisse un goût d'inachevé. Il conserve aux ARS un pouvoir démesuré, alors qu'elles sont encore plus loin des citoyens avec les régions XXL.

Lors du grand débat national, l'accès aux soins s'est imposé comme un thème majeur – alors qu'il n'avait pas été retenu initialement. Avec ce texte, vous mettez le sujet sur la table, mais sans financement et avec une vision de la médecine administrée.

MSP, CPTS, PTS et autres acronymes suffiront-ils à régler les problèmes ? Sans médecins, il n'y a pas de médecine et les efforts des collectivités territoriales ne pourront suffire. *(M. René-Paul Savary renchérit.)* Nous ne faisons pas la même idée de la proximité : les PTS ont un périmètre bien trop large, alors que les médecins hors maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et CPTS sont hors des radars. Commençons par améliorer les sorties d'hôpital.

Je crains que l'on détricote la médecine libérale. Les mesures proposées en matière de démographie médicale ont-elles été discutées avec les professionnels ? Je ne suis pas pour les mesures coercitives. Dire que les mesures incitatives ne marchent pas est exagéré : quinze nouveaux praticiens dans un département, c'est 15 000 patients pris en charge !

Nous proposerons que les étudiants en dernière année de troisième cycle viennent exercer en

autonomie dans les zones sous-dotées, dans le cadre d'une formation professionnalisante. Un autre amendement proposera l'instauration de deux stages obligatoires en ambulatoire dans le parcours d'études de médecine.

Vous connaissez les vertus d'écoute de la Haute Assemblée. Appuyez-vous sur l'expérience du Sénat, sur notre connaissance du terrain. Le général de Gaulle se faisait « une certaine idée de la France » ; le Sénat, défenseur des territoires et de la proximité, se fera toujours une certaine idée de la santé ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

**M. Yves Daudigny.** – L'annonce du plan Ma Santé 2022 a suscité l'enthousiasme, mais sa traduction législative interroge, interpelle et soulève de fortes oppositions du fait des ordonnances.

Interrogation sur la superposition et la complexité des outils d'exercice coordonné. La volonté de mettre en réseau les professionnels d'un territoire pour organiser la prise en charge de tous les habitants et la cohérence entre des niveaux de coordination clinique, territoriale, complexe pour les cas difficiles, doivent se traduire dans des cadres juridiques souples, à la main des professionnels, pour leur permettre de s'en saisir facilement, d'adapter aux besoins locaux, en ayant l'assurance de financements pérennes.

Les établissements périphériques doivent recevoir des ressources de l'établissement support pour garantir leur attractivité. Quel rôle maintenu ou non en matière de qualité et sécurité des soins pour les Commissions médicales d'établissement ? Enfin, le rendez-vous de la loi de financement posera la question cruciale de la situation financière des hôpitaux. Dans le contexte de la grève des urgences, comment demander au personnel de s'investir si aucune réponse n'est apportée à leur problème de court terme ?

Forte opposition quand le Gouvernement, par le biais des articles 8, 9 et 10, se prépare, par ordonnances, à redessiner la carte de l'offre de soins hospitalière sur l'ensemble de la France. « Les autorisations sont le trésor de guerre des hôpitaux », m'expliquait récemment un chef d'établissement, d'autant plus dans un contexte de grandes inégalités territoriales.

Vous promettez une concertation, mais la discussion parlementaire doit faire émerger des solutions.

Les membres du groupe socialiste et républicain sont résolument engagés dans la lutte contre les déserts médicaux. Nous devons répondre à nos citoyens désespérés. Nous sommes prêts à nous investir : saisissez cette opportunité !

Réaffirmons les valeurs et les principes d'égalité, d'efficacité, d'innovation et de solidarité de notre système de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*) Il y a plus d'un an, le Premier ministre annonçait vouloir mettre fin au rafistolage en santé. Après Ma Santé 2022, ce texte ajoute une pierre à l'édifice bancal. Ce projet de loi était attendu car si notre système de santé est à bout de souffle, les Français, eux, sont à bout.

Chacun dans cet hémicycle est en effet confronté dans son territoire, à l'une de ces situations : manque de moyens financiers pour un hôpital, manque de personnel soignant ou encore développement de zones en voie de désertification médicale. Ce n'est pas anodin si la question de l'accès aux soins s'est imposée lors du grand débat national.

De nombreux citoyens renoncent aux soins faute de professionnels disponibles. Hélas, le projet de loi ne répond pas aux enjeux d'attractivité. Il ne traite pas de la prévention, ni de la revalorisation des professions de santé, libérales et hospitalières ; pas plus que de la recherche et de l'innovation, alors que la compétitivité de la France est en déclin, notamment dans le domaine pharmaceutique. Pire, le recours massif aux ordonnances prive le Parlement d'un débat.

Le statut de praticien hospitalier et la création de l'espace numérique de santé vont dans le bon sens. D'autres mesures interrogent : Si la suppression du *numerus clausus* et la refonte des premiers cycles des études doivent être soulignées, comme allant dans le bon sens, qu'en est-il de l'accueil des nouveaux effectifs ? Qu'est-il prévu pour que les universités s'adaptent à l'arrivée de nouveaux élèves alors que la plupart des amphithéâtres sont déjà saturés ?

Même question pour l'accueil de nouveaux internes dans les hôpitaux. Comment être certain que la suppression du *numerus clausus* profitera aux déserts médicaux alors que moins de 15 % des étudiants en médecine choisissent le secteur libéral et qu'il n'est absolument pas souhaitable d'envisager des mesures coercitives d'installation ?

Veillons à ne pas sur-administrer la santé. Ne soyons pas trop rigides dans l'organisation du système de soins. Laissons se développer les initiatives locales.

Nous sommes dans le flou, mais prêts à travailler à vos côtés pour améliorer le quotidien des patients et des professionnels de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

**Mme Catherine Deroche.** – Bravo !

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Vos propos montrent que nous partageons le même diagnostic. Nous devons effectivement faire confiance aux territoires, mais faites-nous aussi confiance pour veiller à la qualité de la formation. Nous avons le devoir de réussir après tant d'années d'insuccès et de tâtonnements.

Avec le *numerus clausus*, était défini à la place près le nombre d'étudiants admis en deuxième année. Nous le supprimons non pour le remplacer par des taux de croissance rigides, mais pour adapter ce nombre aux besoins et aux capacités de formation des territoires. Le nombre des médecins augmentera, mais surtout leur profil sera diversifié. Pour répondre au problème de leur répartition, il faut repenser le recrutement : comment s'étonner que, issus d'une formation scientifique et technologique très standardisée, les jeunes praticiens préfèrent les CHU les plus performants, parfois au détriment du contact humain.

L'ensemble des universités sera partie prenante de la réforme, pas seulement celles attachées aux CHU et aux facultés de médecine. Ainsi, il ne sera plus possible de déraciner les jeunes en les installant dans des métropoles qu'ils ne veulent plus quitter *in fine*; puisqu'en 9 à 15 ans, selon les spécialités, ils y auront noué des contacts amicaux ou fondé une famille.

Le début des études et le troisième cycle pourront être effectués dans les territoires. Les jeunes pourront alors rêver d'y exercer...

Cette réforme réussira si elle est portée sur chaque territoire. La recherche et l'innovation, au cœur du projet de loi sur la recherche, sont bien entendus essentiels, mais chaque jeune doit pouvoir accéder à l'ensemble des formations d'enseignement supérieur, où qu'il se trouve. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM ; Mme Élisabeth Doineau applaudit également.*)

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je salue l'état d'esprit constructif de la commission des affaires sociales et de son rapporteur. Comme il l'a dit, il n'existe pas de remède miracle, mais un panel d'outils. Notre texte est pragmatique.

Monsieur Longeot, tout notre projet de loi vise à répondre à l'urgence des territoires en matière d'accès aux soins. Nous souhaitons décloisonner l'exercice médical pour le faciliter et rendre les professions paramédicales plus attractives dans les déserts médicaux.

Le plan « Ma Santé 2022 » donne des outils aux acteurs des territoires en leur laissant toute souplesse en matière d'organisation. Nous leur proposons aussi 400 médecins salariés, et plus s'il le faut.

Si la convention médicale est signée le 15 juin, les assistants médicaux permettront de libérer du temps médical.

La télémédecine permettra de mieux orienter les patients.

Mesdames Cohen et Apourceau-Poly, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) augmente chaque année. Alors que le président de la République avait fixé un objectif de 2,3 % par an, il a augmenté de 2,5 % en 2019, soit 400 millions d'euros supplémentaires dans la base. Dans quatre ans, ce

sera 1,6 milliard d'euros injecté pour accompagner les réformes.

Vous ne pouvez nous taxer de rigueur budgétaire, d'autant que nous avons dégelé l'intégralité des crédits de réserve, soit 415 millions ainsi rendus aux hôpitaux publics ; nous avons accordé en mars une délégation budgétaire de 300 millions d'euros, augmenté de 0,2 % les tarifs hospitaliers, soit la hausse la plus forte depuis dix ans, débloqué 200 millions d'euros pour la qualité des soins dans les établissements de santé, augmenté de 100 millions d'euros les moyens de la psychiatrie, et ajouté une enveloppe de 50 millions d'euros pour les soins de suite et de réadaptation, et 50 millions pour l'enseignement des professions de santé.

Nous pourrions ajouter encore des milliards, cela ne nous rendrait pas le nombre de professionnels médicaux manquants. Le problème de démographie médicale que nous vivons en France se retrouve au niveau international. Il y a quinze jours, j'ai organisé le G7 des ministres de la santé : tous ces pays souffrent de désertification médicale et la métropolisation est un phénomène que l'on retrouve partout.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il manque 12 millions de professionnels de santé dans le monde.

Répondre à cet enjeu nécessite des innovations organisationnelles. Il faut rendre plus attractive l'installation dans les territoires sous-dotés, et ce n'est pas qu'une question d'incitations financières. Nous proposons diverses mesures, comme les maisons de santé, les centres de santé pluriprofessionnels avec l'augmentation du nombre de médecins salariés...

Monsieur Jomier, ce n'est pas une loi de santé mais d'organisation du système de santé. Pour cette raison, vous n'y trouvez aucune mesure en faveur de la prévention.

L'avenir dira si le plan Ma santé 2022 répond aux attentes des territoires. Je vous rendrai des comptes : un comité de suivi de la réforme se réunit tous les six mois et rend un rapport public. Un premier bilan a été publié le mois dernier. Certes, la réorganisation de notre système de santé prendra du temps, mais pas tant que cela : les choses peuvent s'améliorer dès cet été si la convention médicale est signée, avec la création des assistants médicaux. Les 4 000 postes pourraient être pourvus très rapidement. Des résultats pourraient être visibles dès cette année sur les territoires.

M. Arnell a évoqué la métropolisation des médecins ; j'en ai dit un mot. Les ministres de la Santé du G7, réunis voici deux semaines, ont observé que les incitations financières ne suffisaient pas à attirer les médecins en zone rurale. Il faut rendre attractif l'exercice du métier, et pour cela en repenser l'organisation.

Madame Doineau, les élus doivent mieux appréhender les outils disponibles. Une meilleure

communication des ARS est nécessaire à cet effet. Je compte aussi sur les associations d'élus pour délivrer des formations auprès de leurs adhérents.

Les mesures coercitives d'installation ne peuvent fonctionner que si le nombre de médecins est suffisant. Tel n'est pas le cas.

Madame Imbert, il ne s'agit nullement d'un texte administratif qui donne le pouvoir aux ARS. Il donne au contraire aux acteurs le pouvoir de s'organiser et aux ARS le soin de les accompagner. Le projet de loi fait suite à une longue concertation qui a précédé le grand débat. Pour cette raison, les propositions qui en sont issues - essentiellement coercitives - n'ont pas été intégrées au texte.

Madame Delmont-Koropoulis, ce texte ne traite pas de prévention, mais d'organisation de santé publique. C'est une loi d'urgence qui répond aux besoins des territoires, pas une loi bavarde !

Une ordonnance portera sur le GRH hospitalier pour renforcer l'attractivité.

Cette loi répond à ce que vous ressentez dans vos territoires. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM ; Mme Élisabeth Doineau applaudit également.*)

*La discussion générale est close.*

*La séance est suspendue quelques instants.*

## Discussion des articles

### **ARTICLE ADDITIONNEL avant l'article premier**

**Mme la présidente.** – Amendement n°293, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Avant l'article 1<sup>er</sup>

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique est complété par les mots et deux phrases ainsi rédigées : « et les citoyens. Une conférence nationale de consensus traitant, au regard notamment des évolutions démographiques et épidémiologiques, de l'équilibre entre la qualité des soins, l'efficacité économique et la qualité de vie au travail des professionnels de santé est organisée tous les ans. Les modalités de mise en œuvre et d'évaluation sont définies par décret. »

**Mme Michelle Gréaume.** – La mobilisation des Français de ces derniers mois a notamment porté sur le RIC et sur l'accès aux soins. Nous avons besoin d'une démocratie sanitaire plus large, avec davantage de contre-pouvoirs. Les organisations professionnelles représentant la Fehap, la FHF, la FHP et Unicancer appellent à l'organisation d'une concertation sur le juste équilibre entre impératif d'efficacité économique, qualité de soins et qualité de vie au travail. Or il existe déjà une structure consultative, la Conférence

nationale de santé, composée de 120 membres où sont représentées toutes les parties prenantes. Ce véritable Parlement est saisi des projets de loi de santé publique, comme celui-ci, mais malheureusement pas des PLFSS. Or, les conseils d'administrations des branches de la sécurité sociale ont voté contre le PLFSS 2019, sans conséquences pour le texte, pas plus que notre opposition au Sénat.

Voter cet amendement serait un pas en direction de la démocratie sanitaire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il serait curieux d'organiser une concertation chaque année portant spécifiquement sur ce thème. La Conférence nationale pourrait travailler cette question de façon ponctuelle, mais d'autres thèmes le méritent tout autant.

De plus, il y a des dispositions tendant à consacrer une concertation à la qualité de vie au travail dans le projet social de chaque établissement de santé dans l'article 10 bis A. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°293 n'est pas adopté.*

### **ARTICLE PREMIER**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Quelques observations générales sur le titre I<sup>er</sup> du projet de loi qui entend tout d'abord réformer la formation des professionnels de santé. Trois moments clés sont visés : l'entrée dans les études de santé à l'article premier, l'entrée dans le troisième cycle de médecine et le choix d'une spécialité à l'article 2, et la formation continue des professionnels de santé à l'article 3.

Les nouvelles orientations recueillent le consensus des acteurs, elles ne constituent pas le cœur de la réforme puisque les trois premiers articles se contentent d'affirmer de grands principes et de renvoyer les modalités de l'organisation des études de santé aux ordonnances. Nous devons donc croire sur parole le Gouvernement sur la réorganisation des études de santé. Je crains que cette réforme ne fasse de nombreux déçus.

La commission des affaires sociales n'a pas retenu l'inscription du contenu des formations des professionnels de santé dans la loi ; car on pouvait s'interroger sur celles qui n'y figureraient pas.

Le titre premier comprend par ailleurs des mesures éparses touchant à l'organisation des carrières en santé. On y trouve notamment un toilettage du CESP et un élargissement de l'exercice en tant que médecin adjoint. La principale mesure est portée par l'article 6, qui vise à réformer l'emploi hospitalier.

La commission a complété ce titre par des mesures d'incitation forte à un ancrage rapide des jeunes médecins auprès d'un territoire ou d'une patientèle. L'article 4 bis prévoit ainsi que ceux qui s'installeront dès la fin de leurs études bénéficieront d'une large exonération de cotisations sociales.

Nous avons aussi limité la durée des remplacements à trois ans sur l'ensemble d'une carrière.

Par conséquent, la commission est défavorable au renforcement des dispositifs alternatifs à l'installation. La multiplication de ces outils pourrait avoir des effets délétères sur l'installation pérenne des médecins dans un territoire de santé.

**Mme Laurence Cohen.** – L'article premier sera l'un des plus médiatisés de ce projet de loi, car il prétend répondre à l'urgence de la formation de médecins, même si ses effets ne se feront sentir que dans dix ans.

Madame la ministre, vous vous étonnez que tous les pays du G7 souffrent de pénurie de médecins ; mais c'est qu'ils mènent la même politique libérale...

Vous supprimez enfin le *numerus clausus*, ce qui va dans le bon sens : la Paces est un véritable cauchemar pour les étudiants et un gâchis d'intelligences et de compétences. Cette ultra sélection est synonyme d'échec pour 75 % d'étudiants, sans garantie d'une meilleure qualité des professionnels formés, notamment concernant l'approche humaine.

Mais la suppression du *numerus clausus* est en trompe-l'œil puisque les universités n'auront pas plus de moyens pour former...

Madame la ministre, vous n'envisagez qu'une augmentation maximale de 20 % des effectifs - même si vous n'aimez pas que l'on rappelle cette prise de position. C'est plutôt à un desserrement et à une régionalisation du *numerus clausus* auxquels nous assistons : une fois de plus, nous restons au milieu du gué.

En revanche, le groupe CRCE soutient sans réserve la diversification des parcours.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – L'argument des moyens matériels et des places de stages a toujours été invoqué pour justifier les sélections en études de médecine. On organise ce faisant la pénurie pour mieux justifier les éliminations d'étudiants. Les communistes, eux, ont toujours défendu l'augmentation du taux d'encadrement, soit le nombre de professeurs par faculté.

Pour réussir cette réforme, il faut donc des moyens supplémentaires ; or le président de la République annonce que le système restera sélectif et que l'on ne reviendra pas sur l'excellence de la formation. C'est inquiétant.

**Mme Michelle Gréaume.** – Plus de 5 millions de Français vivent dans un désert médical et nous ne formons pas assez de futurs professionnels. Un grand nombre de jeunes est éjecté de la formation médicale dans les deux premières années.

Nous nous félicitons de la disparition du *numerus clausus*, mais de nombreuses questions demeurent.

Ce sont les facultés de médecine et les ARS qui détermineront les effectifs étudiants en fonction des besoins dans le territoire.

Mais comment alors va réellement s'organiser la nouvelle formation ? Le seul critère de débouchés locaux ne risque pas de remettre en cause le caractère national du diplôme ? Tiendra-t-il compte de la mobilité des étudiants en France ou à l'étranger en fonction de leurs souhaits ou de leurs projets professionnels ?

Et avec quels moyens financiers pour les universités ? Qu'en est-il de la réforme globale des études médicales et de la régulation des installations ?

**M. Bernard Jomier.** – Le groupe socialiste est favorable à la suppression de la Paces, qui organisait l'échec des étudiants.

Néanmoins, il est nécessaire que les nouvelles modalités de sélection soient garantes de l'égalité des chances entre les candidats, ce que permettait l'anonymat des épreuves qui prévalait jusqu'alors.

La suppression du *numerus clausus* répond à la désertification médicale, mais rien ne garantit que davantage d'étudiants seront formés...

Le *numerus clausus* est passé de 3 200 à 9 300 en dix ans, sans enrayer le phénomène de désertification.

Sans augmentation de moyens pour les universités, nous n'y arriverons pas.

Ne mettons pas les moyens avant la fin.

**M. Stéphane Piednoir.** – Les études de santé méritent certes d'être réformées. Le QCM systématique a beaucoup de défauts. Il faut sans doute introduire d'autres disciplines, comme le contact avec la patientèle ou la gestion de cabinet.

En fait, ce nouveau système existe déjà : il a été mis en place à l'université d'Angers, dénommé PluriPass. J'aurais préféré qu'on s'en inspire plutôt qu'on crée une nouvelle usine à gaz.

Oui, les étudiants en médecine sont des scientifiques, ils ont souvent obtenu une mention « bien » ou « très bien » au bac. Faut-il le leur reprocher ?

Attention à la diversification des accès : les mineures santé doivent être extrêmement solides.

**Mme Laurence Cohen.** – Ce n'est pas exclusif !

**M. Stéphane Piednoir.** – Ancien professeur principal en terminale, je sais que tous ne peuvent pas réussir dans toutes les filières.

**Mme Angèle Préville.** – Mieux vaut une tête bien faite que bien pleine. Les cursus des futurs professionnels de santé devront intégrer un module scientifique de santé par les plantes. Ayant fait partie de la mission d'information herboristerie du Sénat l'an dernier, j'ai mesuré que la médecine par les plantes est promise à un grand avenir. Le public le demande,

d'autant que les scandales sanitaires se sont multipliés. Les futurs médecins doivent être formés à ces pratiques vertueuses.

Les résidus de médicaments que nous rejetons dans les eaux usées ne sont ni retenus, ni filtrés, et polluent les eaux, les sols et donc la nature. On a trouvé des traces d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires dans les moules et les poissons, qui contribuent à leur féminisation.

**M. Daniel Chasseing.** – Nous soutenons la volonté du Gouvernement de diversifier les profils de médecins et d'humaniser les cursus. Le système actuel, trop sélectif, est inopérant, ce qui témoigne d'un dysfonctionnement coûteux pour les finances publiques.

Proposons des stages de découverte décentralisés en premier et deuxième cycle et des formations dans les hôpitaux périphériques en troisième cycle.

Le groupe Les Indépendants soutient pleinement la réforme de l'accès aux études de médecine.

**Mme Sonia de la Provôté.** – La suppression de la Paces est une bonne chose. Le profil sociologique des étudiants qui y réussissent est édifiant : les prépas payantes prennent de plus en plus d'importance.

Certes un profil scientifique est important mais un bon médecin ne doit pas être qu'un scientifique.

Il faut, pour être un médecin de premier recours, un métier de terrain, des qualités humaines, un engagement exceptionnel et une aisance à communiquer avec ceux que l'on rencontre.

Cette réforme ne peut pas être déconnectée du reste du parcours. Les étudiants ne vont guère auprès des patients. Sur les territoires, parce que nous n'avons pas su leur transmettre ce désir, il faudra leur en redonner l'envie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UC*)

**M. Loïc Hervé.** – Très bien !

**Mme la présidente.** – Amendement n°290, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rédiger ainsi cet article :

Après le mot : « Toutefois », la fin du 2° du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi rédigée : « , au niveau régional, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie et pour améliorer l'offre de soins dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats ; ».

**M. Pierre Ouzoulias.** – On a beaucoup parlé de suppression du *numerus clausus*, mais, avec l'article premier, la première année de médecine rentre dans

le droit commun des études universitaires, mais cela ne garantit pas que les universités pourront remplir les campagnes de médecins. Non, les études de médecine seront confrontées, comme les autres filières, à la pénurie de moyens. Car, sans moyens supplémentaires, les universités organiseront une régulation plus précoce *via* Parcoursup. Je crains qu'il n'y ait pas plus d'admis qu'avec l'ancien système...

Lorsque nous avons débattu de la réforme de l'université, puis-je vous rappeler, avec bienveillance, que vous nous avez expliqué, monsieur Piednoir, qu'un taux d'échec de 60 % en fin de première année était intolérable ? Et là, vous pensez qu'il ne faudra pas être moins sélectif... Pourtant, 90 %, c'est pire que 60 % !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il n'est pas souhaitable de revenir sur l'organisation des études telle que prévue par l'article premier à ce stade. La réforme fait consensus auprès des professionnels de santé et de la formation. Je ne suis pas sûr par ailleurs que les mesures proposées par l'amendement permettent d'atteindre le *numerus apertus* prévu par son objet... Avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – (*Mme la ministre se tourne vers M. Pierre Ouzoulias.*) Les étudiants sont 57 000 à s'inscrire en Paces. Tous réussissent leur année, mais 13 000 seulement passent en deuxième année à l'issue du concours. C'est contre cela que nous voulons lutter...

**M. Pierre Ouzoulias.** – (*Désignant la droite de l'hémicycle.*) Dites-le en face !

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Nous voulons faire en sorte que ceux qui ne sont pas admis ne soient pas contraints à redoubler, et pour certains, à échouer une nouvelle fois. Car le redoublement coûte 55 millions d'euros. Cette somme pourrait être assurément mieux employée dans les universités.

Nous pouvons maintenir une sélection à l'entrée - les Français veulent de bons médecins - tout en permettant la réussite de ceux qui n'atteindront pas la deuxième année.

Oui, la diversification permet d'améliorer la qualité humaine des étudiants sélectionnés, tout en préservant la qualité de leur formation.

Le diplôme de médecin restera national, bien sûr. Le processus de sélection sera précisé par décret. Les facultés de médecine y travaillent sur la base des expérimentations qui ont fonctionné.

Cette année, des universités parisiennes ont ainsi augmenté le *numerus clausus*, par expérimentation.

La sélection se sera plus fondée que sur des QCM. Il existe des oraux normés dans de nombreux pays, qui donnent satisfaction. Merci à la commission d'avoir refusé d'entrer dans le détail des programmes, qui relèvent des équipes pédagogiques.

PluriPass à Angers, c'est l'œuvre du doyen de la faculté de médecine d'alors, ici présente au banc des commissaires du Gouvernement, qui est devenue ma conseillère.

Cette expérimentation a, bien sûr, inspiré cette loi. C'est plus de succès et plus de qualité de vie pour les étudiants. Avis défavorable.

**M. Pierre Ouzoulias.** – Notre discussion sur le fond a permis au Gouvernement de clarifier certaines positions. Oui, monsieur le rapporteur, pour passer du *numerus clausus* à un *numerus apertus*, il aurait fallu un budget..., ce que nous interdit l'article 40. Cet amendement est un amendement d'appel.

*L'amendement n°290 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°285, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2, seconde phrase

Après le mot :

compétences

insérer les mots :

, ses souhaits

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Le Gouvernement et l'Assemblée nationale ont fait, une fois n'est pas coutume, une annonce importante en supprimant les ECN. Malheureusement, le *numerus clausus* n'est pas réellement supprimé, mais sa détermination est transférée aux universités. Le nouveau système devrait, en outre, créer des difficultés pour les étudiants ayant des souhaits de mobilité. Les universités et les ARS doivent anticiper ces flux et prendre en compte, en amont, les souhaits des étudiants. La mention actuelle du « projet d'étude » n'est pas suffisante. Les débouchés professionnels ne sont pas les seuls paramètres de leurs souhaits.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ce que propose Mme Apourceau-Poly est contenu dans la notion de « projet d'étude ». Retrait sinon rejet.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°285 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°286, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles favorisent, par leurs modalités d'accès et leur organisation, la répartition optimale des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

**Mme Laurence Cohen.** – Cet amendement de repli permet de prendre en compte les besoins de

santé exprimés par les territoires en matière d'offres de soins, là où manquent les professionnels.

**Mme la présidente.** – Amendement n°221, présenté par M. Lafon, au nom de la commission de la culture.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Par leur organisation, elles favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

**M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis.** – Cet amendement a été voté dans des termes identiques par les commissions de la culture et de l'aménagement du territoire. Il permettrait à un jeune originaire d'une zone sous-dotée de suivre sa mineure santé plus près de son domicile et aux étudiants plus âgés de réaliser un stage dans des zones sous-denses, afin de découvrir ce qu'est la pratique médicale dans ces zones.

Tel n'est évidemment pas le premier objectif des études de médecine, mais cela doit être pris en compte.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°417, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

**M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.** – La commission de l'aménagement du territoire souhaite que la répartition équilibrée des étudiants figure parmi les objectifs du projet de loi. Ce n'est pas le but premier, certes, mais la formation initiale est cruciale dans le choix d'installation : ainsi, 63 % des médecins s'établissent où ils ont suivi leurs études.

Le risque existe, en outre, que les moyens alloués aux universités profitent davantage aux plus importants, également plus éloignés des zones sous-denses.

Il est donc raisonnable de faire figurer la démographie médicale dans cet article. (*Marques d'approbation sur les bancs du groupe SOCR*)

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°678, présenté par M. J. Bigot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

**M. Joël Bigot.** – Il faut aller plus loin et faire entendre la voix des territoires. L'article premier réorganise le premier cycle des études de santé ; il doit prendre en compte la désertification médicale, qui préoccupe tant les Français.

Cet amendement vient en soutien de ceux des deux rapporteurs pour avis.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°286 souhaite une répartition optimale des étudiants, les autres une répartition équilibrée. Le but des études de santé est de former des médecins, non de combler les

carences de l'offre de soins. Les étudiants seraient-ils tenus à rester dans leur faculté d'origine ou dans celle de leur troisième cycle ? Que ferons-nous pour les spécialités qui n'y sont pas enseignées ? Attention à ne pas créer une formation au rabais.

Doit-on vraiment inscrire de telles précisions dans la loi ? Nous pensons que non : avis défavorable à l'amendement n°286 et aux amendements identiques n°s221, 417 et 678.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Les amendements identiques n°s221, 417 et 678 complètent avantageusement la loi : avis favorable. Retrait à leur profit de l'amendement n°286 ?

**Mme Laurence Cohen.** – C'est dans le même esprit que nous avons travaillé. Nous nous rallions donc aux amendements identiques n°s221, 417 et 678. Il n'est pas si fréquent, pour notre groupe, d'avoir un avis favorable du Gouvernement...

*L'amendement n°286 est retiré.*

**M. Bernard Jomier.** – Je partage les interrogations du rapporteur sur la normativité de ces dispositions et de l'intérêt qu'il y aurait à les faire figurer dans la loi, dont la vocation n'est pas de faire du déclaratif.

À défaut de normatif, nous proposons ici de l'incitatif. Bien sûr, l'objectif premier est de former des médecins, mais la formation initiale est tellement importante que nous voterons ces amendements.

**M. Michel Amiel.** – Si un jour la régionalisation des études de médecine que nous appelons de nos vœux, Alain Milon et moi, voyait le jour, il faudra prendre en compte les territoires. Je voterai l'amendement.

**Mme Sonia de la Provôté.** – Il faut répondre à une vision d'aménagement du territoire. Le nombre de professionnels formés doit répondre aux besoins des territoires. Les étudiants restent là où ils ont été formés, mais plutôt dans les CHU et les hôpitaux métropolitains qu'en médecine de ville. Il faudra donc agir pour que les stages ailleurs soient développés. La répartition des formateurs devra être revue.

**Mme Véronique Guillotin.** – Ces sujets ont été largement débattus en commission. Je comprends l'intention, mais faut-il surcharger la loi ? Je ne le crois pas. Je suivrai le rapporteur.

**M. René-Paul Savary.** – Nous sommes tous confrontés à un problème d'aménagement du territoire et cherchons des solutions. Les deux positions ne sont pas antinomiques, mais il convient de respecter l'indépendance des universités. Notre avis défavorable s'explique ainsi.

**M. Daniel Chasseing.** – L'inscription de ces mesures dans la loi ne garantit rien, mais c'est une bonne chose, je voterai ces amendements.

*Les amendements identiques n°s221, 417 et 678 sont adoptés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°677, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Alinéa 2

Compléter cet article par une phrase ainsi rédigée :

Elles comportent obligatoirement une sensibilisation transversale à la bientraitance des patients et à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

**Mme Laurence Rossignol.** – Cet amendement prévoit une formation obligatoire des futurs professionnels de santé à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

Cette culture doit être distillée aux étudiants, tout autant que celle de la vaccination.

Au 1<sup>er</sup> juin, 60 femmes sont déjà mortes victimes de violences conjugales. Certaines avaient sans doute vu des médecins qui n'ont pas su lire leur situation. Il y a urgence !

De plus, comme l'a relevé le Haut Conseil à l'égalité femmes-hommes, certains médecins sont aussi auteurs de violences dans le cadre de leur pratique, notamment gynécologique, ignorante ou méprisante du bien-être des femmes. Il faut changer d'angle de vue, dégenrer, si j'ose dire. Ainsi, la bientraitance doit davantage faire partie de la formation dès le premier cycle, pour s'ancrer dans la culture médicale.

**Mme la présidente.** – Amendement n°452, présenté par Mme Préville.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles comportent obligatoirement une sensibilisation à la prise en charge spécifique concernant les violences sexuelles et sexistes.

**Mme Angèle Préville.** – Hélas, rien ne change ! Les violences continuent : 60 femmes sont déjà décédées cette année sous les coups de leur conjoint, malgré les discours volontaristes. Les médecins sont en contact avec les victimes prises au piège d'un engrenage pervers. Il faut les sensibiliser pour améliorer l'accompagnement de ces femmes et, ainsi, préserver leur vie. Pour dépasser les logiques installées, les médecins doivent être des sentinelles avisées.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – De nombreux amendements souhaitent préciser le contenu des études de médecine. Tel n'est pas le rôle de la loi ; nous y serons donc défavorables.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants représentent une priorité du Gouvernement. Déjà, dix centres ont été créés afin de créer un véritable réseau de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences. De plus,

l'enseignement relatif aux violences faites aux femmes, aux stéréotypes de genre et au respect du corps d'autrui figure déjà dans le cursus : le module « vulnérabilité » traite ces questions en deuxième cycle. Mais il s'agit aussi d'améliorer le « savoir-être ». Nous y travaillons avec Frédérique Vidal dans le cadre de la réforme des études de médecine.

Comme le rapporteur, je ne crois pas que les précisions relatives au contenu des études aient à figurer dans la loi. Avis défavorable aux amendements n<sup>os</sup>677 et 452.

**Mme Laurence Cohen.** – Ce n'est pas le rôle du législateur de fixer le contenu des formations, mais les violences faites aux femmes représentent un fléau mondial.

Je connais, mesdames les ministres, votre sensibilité à ces questions. Vous vous étiez engagées à écrire aux présidents d'université pour insister sur la formation à l'accueil des femmes victimes dans le cursus des étudiants en médecine. Ce serait effectivement positif.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous avons en effet pris cet engagement devant les députés. Le courrier est prêt, mais nous avons souhaité attendre la fin de notre débat pour, le cas échéant, le compléter. (*Marques d'appréciation sur divers bancs*)

**Mme Laure Darcos.** – Merci à nos collègues d'avoir évoqué ce sujet et permis ce débat. Je me range néanmoins à l'avis du rapporteur et du Gouvernement.

*L'amendement n°677 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°452.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°380, présenté par Mme Préville, MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle et Mme Tocqueville.

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Elles promeuvent l'orientation vers la médecine scolaire.

**Mme Angèle Préville.** – L'idéal républicain est attaché à l'égalité.

La médecine scolaire n'est plus en mesure de remplir sa mission. En quelques années on est passé de 57 % à 47 % d'enfants ayant passé la visite obligatoire à 6 ans. Cette baisse est d'autant plus préoccupante que le projet de loi « Pour une école de la confiance » abaisse l'âge de l'instruction obligatoire de 6 ans à 3 ans.

Le nombre de médecins scolaires est passé de 1 400 à 1 000 depuis 2006.

Pour répondre à cette crise de vocation, il est proposé que les formations de médecine promeuvent l'orientation vers la médecine scolaire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La médecine scolaire, comme la médecine du travail par exemple, appelle des réformes importantes. Pourquoi faire un sort à l'une sans traiter l'autre. Cela relève d'abord de l'accompagnement des étudiants en difficulté.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La santé de l'enfant est souvent un sujet prioritaire pour mon ministère. La médecine scolaire en constitue un pilier : plus on agit précocement, plus les conséquences seront positives pour la santé.

En 2017, un enseignement transversal « Médecine scolaire » a été créé pour l'ensemble des internes. Nous évaluons l'attractivité de cette nouvelle formation proposée en troisième cycle. Nous espérons donner envie aux étudiants de pratiquer cette médecine. Pour autant, évitons les inventaires à la Prévert dans la loi ! Avis défavorable.

*L'amendement n°380 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°238 rectifié *bis*, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau, Decool et Malhuret.

Alinéa 3, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, en concertation avec les représentants du territoire

**M. Daniel Chasseing.** – La responsabilité des territoires est insuffisamment énoncée dans le projet de loi.

Il s'agit d'optimiser l'estimation des besoins en santé du territoire en lien avec tous les acteurs régionaux.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La préoccupation des auteurs est satisfaite. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie comprend les unions régionales de professionnels de santé (URPS) : avis défavorable.

*L'amendement n°238 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°734 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 3, troisième phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Ces objectifs pluriannuels, déterminés par les besoins de santé du territoire, sont arrêtés par l'université en tenant compte des capacités de formation et de l'évolution prévisionnelle des effectifs et des compétences des acteurs de santé du territoire sur avis conforme de l'agence régionale de santé ou des agences régionales de santé concernées.

**M. Bernard Jomier.** – Cet amendement du groupe socialiste vise, dans la détermination du nombre d'étudiants reçus en deuxième et troisième année de premier cycle, à faire primer le critère des besoins de santé du territoire sur celui de la capacité d'accueil des facultés.

Il faut placer l'objectif avant les moyens, sinon la suppression du *numerus clausus* ne conduira pas à une augmentation substantielle des professeurs formés.

Il faut partir des besoins des territoires. Ce n'est pas aux moyens de déterminer la fin.

**Mme la présidente.** – Amendement n°287, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 3, troisième phrase

Supprimer les mots :

des capacités de formation,

**Mme Michelle Gréaume.** – Le transfert de la responsabilité de la détermination du nombre de médecins formés pourrait conduire à réduire le nombre de places offertes.

Les universités et les ARS s'appuieront sur les capacités de formations et de stages, mais il faut passer d'une logique de moyens à une logique de finalité. Pour l'heure, le budget alloué au redoublement de la Paces ne suffira pas.

**Mme la présidente.** – Amendement n°396 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mmes Deroche et Bruguière, M. Bonne, Mme Estrosi Sassone, M. Meurant, Mmes Delmont-Koropoulis et L. Darcos, MM. Savin, Perrin et Raison, Mme Deromedi, MM. Lefèvre, Bouloux et Mandelli, Mme Lamure et MM. Laménie, Revet, Bonhomme, Karoutchi et Gremillet.

Alinéa 3, troisième phrase

Remplacer les mots :

sur avis conforme

par les mots :

après avis

**M. Stéphane Piednoir.** – Cet amendement simplifie la procédure relative à la détermination d'objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle des formations en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique.

Selon le projet sont pris en compte des objectifs pluriannuels, arrêtés entre l'université et les ARS, en fonction des capacités de formation et des besoins de santé du territoire. Ces derniers sont eux-mêmes définis au regard d'objectifs nationaux pluriannuels établis par l'État. Pour respecter l'autonomie des universités et instaurer une confiance mutuelle entre universités et ARS, un avis simple des ARS serait pertinent.

**Mme la présidente.** – Amendement n°22 rectifié, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Lefèvre et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Longuet, Mme Morhet-Richaud, MM. Revet et Morisset, Mme Deromedi, MM. Saury, Babary, Genest, Perrin, Raison, Poniatowski et Mandelli, Mme Chauvin, MM. Bonne, Laménie, Pellevat, Rapin, Cuyppers et B. Fournier, Mmes Canayer, Lamure et de Cidrac et M. Gremillet.

Alinéa 3, troisième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et sur avis simple des unions régionales des professionnels de santé, des fédérations hospitalières et des conseils départementaux concernés

**M. Vincent Segouin.** – Cet amendement associe les acteurs de terrain que sont les URPS, les fédérations hospitalières et les conseils départementaux dans la détermination des capacités d'accueil des formations sur le territoire. Il ne s'agit pas de créer une nouvelle instance mais de recueillir un avis.

Il est impératif que les élus départementaux soient consultés car ils ont, depuis de nombreuses années, financé des projets favorisant l'installation de médecins sur les territoires. Les données des ARS sont en général obsolètes, en raison de la pénurie de médecins qui s'intensifie et empêche les remontées du terrain.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°734 rectifié fait primer le critère des besoins sur celui des capacités d'accueil. Ce dernier critère est cependant nécessaire. Sagesse.

L'amendement n°287 me semble aller trop loin : les capacités de formation doivent être prises en compte. Cela permettra d'adapter les moyens universitaires à la croissance du *numerus clausus*. Avis défavorable.

Remplacer l'avis conforme des ARS par un avis simple, comme le fait l'amendement n°396 rectifié *bis* ne me semble pas opportun. Avis défavorable. Ce sont les ARS et non les universités qui consultent les acteurs de santé du territoire.

Enfin, l'amendement n°22 rectifié est satisfait. L'ajout proposé est inutile : avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Sur l'amendement n°734 rectifié, l'article premier prévoit déjà de prendre en compte les deux objectifs que sont les besoins et les capacités de formation : avis défavorable. Ma réponse est identique sur l'amendement n°287 ; il en va de la qualité de formation proposée.

Nous augmenterons le nombre de maîtres de stage formés par les ARS.

Nous souhaitons le maintien d'un avis conforme de ces dernières : avis défavorable sur l'amendement n°396 rectifié.

Enfin, l'amendement n°22 rectifié est effectivement satisfait. Avis défavorable.

*L'amendement n°734 rectifié est adopté.*

*Les amendements n°s 287, 396 rectifié et 22 rectifié n'ont plus d'objet.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°103 rectifié *bis*, présenté par Mmes Lassarade et Micouleau, MM. Vogel et Morisset, Mme Gruny, M. Panunzi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud et Bruguière, M. Genest, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonne, Pellevat, Pierre et Piednoir, Mmes Chain-Larché et Thomas, MM. Rapin et Pointereau, Mme de Cidrac et MM. Laménie et Gremillet.

Alinéa 3

1° Quatrième phrase

Remplacer les mots :

la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie concernées

par les mots :

les comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

2° Compléter cet alinéa par les mots :

au regard du recensement des besoins prévisionnels en effectifs et en compétences auprès de l'ensemble des acteurs du territoire de santé

**M. Jean-Marie Morisset.** – Pour mieux définir les objectifs de formation, il faut appréhender les besoins au plus près des lieux d'exercice, sur la base d'un diagnostic partagé. Les objectifs de formation devraient être évalués en fonction des lieux de stage universitaires et non-universitaires et des demandes des territoires en effectifs et en compétences. Les comités régionaux et l'observatoire national de la démographie des professions de santé sont les plus à même d'évaluer les besoins en formation.

**Mme la présidente.** – Amendement n°129 rectifié *bis*, présenté par M. Sol, Mmes Eustache-Brinio et Deroche, MM. Calvet, Guerriau et Morisset, Mmes Bruguière, Gruny, Morhet-Richaud, Berthet, Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, MM. Lefèvre, Détraigne et Genest, Mme Raimond-Pavero, M. Mouiller, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin, MM. Mandelli, Bonne, Laménie, Meurant, Piednoir et Bouloux, Mme A.M. Bertrand, M. Charon, Mmes Lamure et de Cidrac et M. Segouin.

Alinéa 3

Quatrième phrase

Remplacer les mots :

la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie concernées

par les mots :

les comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

**M. Jean Sol.** – Il a été très bien défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le 2° de l'amendement n°103 rectifié *bis* est satisfait par la rédaction de la commission à l'alinéa 3. Le 1° revient à contourner les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) en leur substituant la consultation de l'observatoire national de la démographie des professions de santé. Or la détermination des effectifs des soignants de demain ne doit pas dépendre uniquement de projections techniques. Avis défavorable, de même qu'à l'amendement n°129 rectifié *bis*.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis. La CRSA doit pouvoir jouer son rôle, mais celui des observatoires régionaux de la démographie des professionnels de santé doit aussi être renforcé, de même que leur capacité de pilotage. Une réflexion est en cours sur leurs missions. La CRSA est le bon échelon pour déterminer les besoins.

*L'amendement n°129 rectifié bis est retiré, de même que l'amendement n°103 rectifié bis.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°794, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 3, dernière phrase

Remplacer les mots :

en deuxième et troisième année du premier cycle

par les mots :

en première année du deuxième cycle

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Amendement de cohérence rédactionnelle.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Avis favorable. Merci !

*L'amendement n°794 est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°288, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 3, dernière phrase

Après le mot :

territoriales

insérer les mots :

et sociales

**Mme Laurence Cohen.** – Triste paradoxe, ce sont ceux qui ont le plus besoin de notre système de santé qui y ont le moins accès. À 59 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est de cinq ans inférieure à celle d'un cadre. Cela est dû aux conditions matérielles de vie et de travail, qui entraînent une prévalence des maladies

chroniques, mais aussi à certaines pratiques sociales des ménages les plus précaires. D'où l'importance du sport encadré pour les diabétiques, ou du remboursement des substituts nicotiniques.

Il faut porter aux inégalités sociales la même attention qu'aux inégalités territoriales.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je vois mal comment prendre en compte un tel objectif dans la détermination du nombre de professionnels à former. Les inégalités sociales résultent d'autres facteurs que la répartition des praticiens, comme le facteur financier. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°288 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°675 rectifié, présenté par MM. Genest et Darnaud, Mme Estrosi Sassone, M. Courtial, Mmes Bruguière et Noël, M. Bouloux, Mme Lamure, MM. Cuypers, Bonhomme, Danesi et B. Fournier, Mme Deromedi et MM. Pointereau, Dufaut, Morisset et Gremillet.

Alinéa 3, dernière phrase

Après les mots :

aux soins

insérer les mots :

, notamment dans les territoires périurbains, ruraux, de montagne, insulaires et ultramarins

**M. Jean-Marie Morisset.** – Cet amendement mentionne explicitement les territoires sur lesquels doit porter l'effort prioritaire de réduction des inégalités d'accès aux soins.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission a supprimé cette précision au nom de la qualité et de la concision de la loi. Toute énumération de ce type présente un risque d'oubli. Par exemple, *quid* des territoires urbains sous-dotés ? Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Sagesse.

*L'amendement n°675 rectifié n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°21 rectifié, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Lefèvre et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Longuet, Mme Morhet-Richaud, MM. Revet et Morisset, Mme Deromedi, MM. Babary, Genest, Perrin, Raison, Poniatowski, Meurant et Mandelli, Mme Chauvin, MM. Bonne, Laménie, Pellevat, Pierre, Rapin, Cuypers et B. Fournier, Mmes Canayer, Lamure et de Cidrac et M. Gremillet.

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les besoins territoriaux de formation sont inscrits dans les conventions que les universités passent avec les établissements de santé, publics et privés.

**M. Vincent Segouin.** – Les établissements de santé privés doivent pouvoir conventionner avec les universités pour mettre à disposition des étudiants leur expertise et leur savoir-faire.

La suppression du *numerus clausus* au profit d'une régulation territoriale permettra de mieux répondre aux besoins en santé de la population. Les établissements de santé privés doivent participer à cet objectif ; une meilleure connaissance par les futurs médecins des environnements de soins, publics comme privés, favorisera les coopérations et les équilibres sur les territoires.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°172 rectifié *bis*, présenté par M. Karoutchi, Mme A.M. Bertrand, MM. Calvet, Chaize, Charon, Chatillon, Dallier, Danesi, Darnaud, Daubresse, de Legge et Duplomb, Mmes Duranton, Garriaud-Maylam et Gruny, M. Kennel, Mmes Lavarde, M. Mercier et Procaccia, MM. Sido, Vaspart et Vogel, Mme Ramond, M. Houpert, Mme Dumas et M. Mayet.

**Mme Françoise Ramond.** – Cet amendement permet aux établissements de santé privés de conventionner avec les universités pour mettre à disposition leur expertise et leur savoir-faire médical et chirurgical dans le cadre des formations des étudiants. Le conventionnement porte aussi sur les conditions d'accueil.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ces amendements ont peu de portée juridique puisque les universités peuvent déjà conventionner avec les établissements de santé sans que la loi le précise. De plus, aucune sanction n'est prévue.

Ces amendements sont en porte-à-faux avec la logique de l'alinéa 3 qui prévoit l'avis conforme des ARS après consultation des CRSA - celles-ci comportant déjà des représentants des établissements de santé.

Votre préoccupation est satisfaite par la prise en compte de l'évolution prévisionnelle des effectifs et des compétences dans la fixation de l'objectif pluriannuel.

Enfin, une telle disposition n'a pas sa place à cet endroit du texte. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*Les amendements identiques n°s21 rectifié et 172 rectifié bis ne sont pas adoptés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°408 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Lurel, Kerrouche et Fichet, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et Mmes Monier et Conconne.

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La fixation des objectifs nationaux pluriannuels par l'État et les moyens alloués aux universités pour parvenir à atteindre ces objectifs donnent lieu à une

information du Parlement qui est jointe en annexe du projet de loi de finances de l'année, avec l'ensemble de la politique publique en faveur de la lutte contre les déserts médicaux.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Mme Victoire Jasmin.** – Le Parlement doit connaître chaque année, au moins lors de la discussion du projet de loi de finances, les objectifs fixés par l'État sur le nombre d'étudiants en médecine, et les moyens qui y sont consacrés. Un jaune budgétaire spécifique offrirait une vision globale des dispositifs nationaux de lutte contre la désertification médicale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – J'ose espérer qu'une telle information du Parlement va de soi, et que ces éléments figureront dans les documents budgétaires qui nous sont transmis. Inutile de le préciser dans la loi. La ministre pourra nous le confirmer. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – La loi sur l'autonomie des universités a supprimé les lignes affectées à des objectifs particuliers : seules la masse salariale et la dotation de fonctionnement de l'université sont retracées. Au ministre et au Parlement de contrôler que les universités ont bien consacré ces moyens aux objectifs que leur fixe la loi. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Victoire Jasmin.** – Les universités n'auront pas de crédits fléchés pour accueillir davantage d'étudiants en médecine. Sans moyens, la bonne volonté ne suffira pas !

*L'amendement n°408 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°451 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Daudigny et Tourenne, Mme M. Filleul, MM. Duran et Antiste, Mme G. Jourda, MM. Todeschini et Lurel et Mmes Monier et Conconne.

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La fixation des objectifs nationaux pluriannuels par l'État donne lieu à un débat devant le Parlement sur les moyens alloués aux universités pour parvenir à atteindre ces objectifs.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Mme Victoire Jasmin.** – Le Parlement doit débattre périodiquement des moyens financiers et humains qui seront dévolus à la formation des médecins français.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Même dans le nouveau monde, le Parlement est libre de choisir les questions dont il débat. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Même avis.

**M. Victorin Lurel.** – Certes, mais cela va mieux en l'écrivant ! Vous invoquez l'autonomie des universités, mais nous venons de prévoir un avis conforme de l'ARS qui lui donne la haute main !

Prévoir une information claire et détaillée du Parlement me semblait de bon sens. Faute de quoi il restera un angle mort sur l'évolution des effectifs et la régionalisation.

*L'amendement n°451 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°104 rectifié *bis*, présenté par Mmes Lassarade et Micouleau, MM. Vogel et Morisset, Mme Gruny, M. Panunzi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud et Bruguière, M. Genest, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonne, Pellevat et Pierre, Mmes Chain-Larché et Thomas et MM. Rapin, Poniatowski et Laménie.

I. – Alinéa 4

Remplacer les mots :

dans l'enseignement supérieur et à la réussite à des épreuves, qui sont déterminées par décret en Conseil d'État

par les mots :

, notamment dans le cadre d'un portail santé ou de licences comportant une mineure santé et à la réussite à des épreuves

II. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités de construction de portail santé et d'accès par des licences à mineure santé sont déterminées par décret en Conseil d'État.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Cet amendement précise les « parcours de formation antérieurs » qui rendront éligibles aux études de médecine et introduit le portail santé comme parcours de formation.

Remplacer l'actuel premier cycle par un cycle de licence « santé » risque de diluer l'apprentissage des compétences et de rendre impossible l'enseignement professionnel au contact des patients. Or les études de médecine sont indissociables de la pratique clinique.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les professionnels que nous avons consultés craignent que le portail santé ne devienne une nouvelle Paces : une voie « royale » pour accéder aux études de médecine, en contradiction avec les objectifs de diversification.

L'organisation de ce portail a vocation à être réglée par décret. Dans l'attente des précisions de la ministre, retrait ou avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Les parcours antérieurs pourront avoir eu lieu dans des universités qui n'ont pas de faculté de médecine, ce qui permettra aux étudiants d'éviter de se déplacer dès le premier cycle. Les équipes pédagogiques sont en train d'organiser, au sein du premier cycle, une année avec mineure « santé » qui permettra de candidater aux études de santé. C'est très important.

À l'issue de ce travail en commun entre les facultés de médecine et les universités et sur la base des propositions qui seront faites, les décrets fixeront les modules minimums nécessaires pour accéder aux études de santé. Retrait ou avis défavorable.

*L'amendement n°104 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°138 rectifié, présenté par Mme Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Eustache-Brinio et Micouneau, MM. Lefèvre, de Nicolaÿ, Courtial, Vogel et Morisset, Mmes Puissat, Gruny, Morhet-Richaud, Deromedi et Troendlé, M. Sol, Mme Lopez, MM. Genest et Poniowski, Mme Garriaud-Maylam, MM. Mandelli, Pellevat, B. Fournier et Charon, Mme Lamure et M. Laménie.

Alinéa 5

Après les mots :

engagés dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie

insérer les mots :

, de soins infirmiers,

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – Alors que cette réforme permettra à des étudiants n'ayant jamais fait d'études de santé d'accéder à la deuxième année de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP), les étudiants infirmiers doivent justifier de deux années de pratique après l'obtention de leur diplôme, et leur dossier sera soumis à validation. Cela paraît incohérent.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement ne correspond pas à la logique de l'article premier, qui traite uniquement de la circulation entre les quatre filières MMOP. Votre amendement est en outre partiellement satisfait par un dispositif expérimental introduit par l'Assemblée nationale qui permettra de développer les passerelles.

Enfin, il ne serait pas équitable de réserver la réorientation aux élèves infirmiers, au détriment des autres formations des professionnels de santé. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Des expérimentations de passerelle sont déjà ouvertes. Attention à préserver l'équité, sans traiter certains à part. La formation aux autres métiers de santé relève par définition des « parcours antérieurs ». Votre

amendement est satisfait par l'universitarisation des études de santé. Retrait ou avis défavorable.

*L'amendement n°138 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°289 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°711 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

et l'égalité des chances des candidats

**M. Bernard Jomier.** – Nous souscrivons à l'objectif de cursus plus ouverts et de profils diversifiés. Le cursus restera sélectif, mais la sélection sera plus axée sur l'oral.

La concertation est en cours avec les facultés de médecine, dites-vous, mais il faudra une épreuve d'admissibilité pour éviter de faire passer 50 000 étudiants à l'oral. Or l'article L. 631-1 du code de l'éducation dans sa rédaction actuelle précise qu'un « arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances ».

Le supprimer n'envoie pas un bon signal. Nous réintroduisons donc cette notion.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La réforme proposée est centrée sur la diversification des profils. Il n'est pas opportun d'ajouter un objectif général d'égalité des chances, qui ne se limite pas aux études de santé mais concerne l'ensemble des filières universitaires. Ne brouillons pas encore plus la lisibilité de cet article. Avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – En effet, le principe supérieur d'égalité des chances s'impose à toutes les filières universitaires. Le spécifier ici pourrait laisser entendre qu'il n'est pas observé pour d'autres cursus. Mieux vaut permettre aux étudiants de débiter leurs études près de chez eux, comme nous le faisons, afin de lever l'autocensure qui est au fondement de l'inégalité des chances.

**M. Bernard Jomier.** – Je n'ajoute rien au texte : c'est vous qui supprimez cet objectif du code de l'éducation !

On va passer de QCM anonymes à des épreuves plus subjectives. Un peu moins d'égalité peut être acceptable au nom de la diversification des parcours, de l'introduction des sciences humaines, pour en finir avec des épreuves-boucherie, mais supprimer la mention de l'objectif de l'égalité des chances du code de l'éducation n'ajoute rien à votre projet de loi, au contraire !

*L'amendement n°711 rectifié n'est pas adopté.*

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** – La commission des affaires sociales va se réunir pendant une heure pour examiner les amendements.

*La séance est suspendue à 19 h 35.*

PRÉSIDENCE DE MME CATHERINE TROENDLÉ,  
VICE-PRÉSIDENTE

*La séance reprend à 21 h 35.*

*L'amendement n°239 rectifié bis n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°222 rectifié, présenté par M. Lafon, au nom de la commission de la culture.

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Tout étudiant ayant validé le premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est admis en deuxième cycle de ces mêmes formations dans la même université. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles des candidats ayant validé le premier cycle de ces mêmes formations dans une autre université ou des candidats justifiant de certains grades, titres ou diplômes étrangers de ces mêmes formations peuvent également être admis en deuxième cycle.

**M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis.** – Cet amendement technique sécurise le dispositif à travers un décret en Conseil d'État fixant les modalités de changement d'université entre le premier et le deuxième cycle, ainsi que celles des admissions directes en deuxième cycle, notamment pour les étudiants étrangers.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°395 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Il a été parfaitement défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Même avis.

*Les amendements identiques n°s 222 rectifié et 395 rectifié sont adoptés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°669, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les cas dans lesquels l'excellence du dossier universitaire du candidat peut justifier que son admission en deuxième ou troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique soit subordonnée au seul examen de son dossier ;

**M. Michel Amiel.** – Cet amendement permet de dispenser certains étudiants des épreuves prévues pour l'admission en deuxième ou troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

Un décret en Conseil d'État en précisera les modalités, sur la base de l'excellence de leurs résultats académiques antérieurs. Pour les autres candidats n'ayant pas bénéficié de cette dispense, des compétences complémentaires nécessiteront d'être évaluées au cours d'épreuves notamment orales.

Ces modalités d'admission favorisent la diversité des recrutements, tout en simplifiant la procédure.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je comprends l'objectif, mais pour certains dossiers particulièrement excellents, il pourrait être superflu d'organiser des épreuves supplémentaires. Cet amendement est-il compatible avec la position du Gouvernement, qui veut faire place à la motivation, au parcours ou encore aux qualités humaines, que ne reflètent pas des résultats purement académiques. On ne pourrait repérer ces qualités que par des épreuves orales. Je crains que cet amendement ne recrée deux circuits de recrutement parallèle : ceux qui obtiendraient d'excellents résultats scolaires et les autres. On risquerait d'en revenir pour partie au système actuel. Avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – En effet, l'alinéa 4 prévoit des épreuves supplémentaires pour favoriser la diversité. En n'étant pas que des QCM, elles pourront diversifier le recrutement. Le Gouvernement est favorable à cet amendement : le décret en Conseil d'État permettra de dispenser d'épreuves certains candidats ayant apporté toutes les preuves pour accéder aux études médicales. Avis favorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Je soutiens l'avis de la commission. Cet amendement est contradictoire avec les buts affichés par le Gouvernement. Sur quels critères jugera-t-on un dossier ? On risque de créer sur des critères subjectifs des voies à plusieurs vitesses.

**M. Michel Amiel.** – Je n'ai pas le sentiment que l'excellence exclue l'humanité. L'aspect relationnel est certes important, mais le socle de compétence compte aussi !

**M. René-Paul Savary.** – Cet amendement va à l'encontre de l'ouverture. L'excellence d'un dossier universitaire, c'est très subjectif. (*M. Michel Amiel le conteste ; Mme Laurence Cohen approuve.*) En outre, l'excellence d'un dossier est-elle gage d'un bon médecin ? Nous suivons l'avis défavorable du rapporteur.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Nous savons évaluer bien des choses lors d'une première année universitaire, qui peut inclure des oraux, par exemple. L'évaluation faite par les enseignants n'est pas fondée - sauf dans la Paces qui sera, nous l'espérons, supprimée - sur des QCM.

*L'amendement n°669 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°513 rectifié, présenté par MM. Tissot et Devinez, Mme Lepage, MM. Leconte et Lurel, Mme Perol-Dumont, M. Vaugrenard, Mme Guillemot, MM. Jacquin, Madrelle et Mazuir, Mme Monier et MM. Montaugé, Temal, Tourenne et Vallini.

Alinéa 12

Après le mot :

étudiants

insérer les mots :

, qui peuvent tenir compte d'un projet professionnel visant à s'installer dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique,

**M. Jean-Claude Tissot.** – Cet amendement inclut parmi les critères de sélection professionnels, l'engagement de l'étudiant à exercer en zone sous-dense.

Cela valorise le projet professionnel des étudiants qui s'engagent à travailler dans les zones à faible densité, comme cela est déjà pratiqué en Australie, au Canada, au Japon ou dans certains États américains.

Dans le nord de la Loire, il y a un seul médecin généraliste pour 15 communes, et il a 84 ans !

**Mme la présidente.** – Amendement n°521 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Perol-Dumont et Artigalas.

Après alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions et les facilités d'accès en deuxième cycle de formation de médecine pour les étudiants ayant un projet professionnel visant à s'installer, dans un premier temps et pendant une durée déterminée, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définis en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

**Mme Victoire Jasmin.** – Le projet professionnel d'exercer dans une zone sous-dotée médicalement doit être pris en compte dans les critères de passage en deuxième année, de même que le stage dans une telle zone.

L'étudiant pourra exercer dans ces territoires pendant un temps déterminé, lui laissant la liberté de rester ou de partir.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous devons être clairs sur l'objectif premier des études de santé : il ne peut être que de former les professionnels qui prendront en charge les patients de demain. Il ne s'agit donc pas de répondre aux carences territoriales de l'offre de soins.

Par ces deux amendements, un étudiant pourrait poursuivre des études de santé car il indiquerait son souhait de s'installer dans des zones sous-dotées, contrairement à un étudiant meilleur du point de vue des compétences médicales.

Quel message envoyé aux zones sous-dotées ! Implicitement, cela reviendrait à leur dire qu'elles devraient se contenter de professionnels qui ne sont pas les meilleurs.

De plus, il existe déjà des outils visant à inciter les étudiants à envisager un exercice en zone sous-dotée, le CESP, qui monte en puissance et n'est pas corrélé aux résultats universitaires. Avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Même avis.

**M. Jean-Claude Tissot.** – S'installer en zone sous-dotée, ce n'est pas une punition. Pourquoi les médecins qui s'y installeraient seraient-ils moins bons ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Mais le sens de ces amendements, c'est que ceux qui veulent s'installer en zone sous-dotée seraient avantagés par rapport à d'autres : c'est extrêmement dangereux.

*L'amendement n°513 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°521 rectifié.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°610, présenté par M. Lafon.

Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3° bis Les modalités de diversification des voies d'accès à la deuxième ou à la troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique sans qu'aucune de ces voies ne puisse dépasser à elle seule une proportion des places offertes fixée par ce même décret ;

**M. Laurent Lafon.** – Dans la version actuelle du projet de loi, rien n'est dit sur la proportion des étudiants en provenance des deux voies possibles : majeure ou mineure santé. Pour éviter une nouvelle Paces, il faudrait qu'au moins, dans un décret, soit précisé qu'un bachelier peut y accéder quelle que soit sa voie. Il faut éviter de reconstituer une nouvelle voie royale.

**Mme la présidente.** – Amendement n°611, présenté par M. Lafon.

Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3° bis Les modalités de diversification des voies d'accès à la deuxième ou à la troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ;

**M. Laurent Lafon.** – C'est un amendement de repli.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°610 est intéressant. Sans fixer dans la loi un pourcentage rigide d'étudiants, il prévoit qu'un décret fixe un plafond, de manière à éviter le retour d'une voie royale analogue à la Paces. Il me semble que le décret devrait laisser de la souplesse aux universités pour adapter l'objectif de diversification des profils aux maquettes de formation. Avis favorable dès lors.

Avis défavorable à l'amendement de repli n°611, qui apporte peu de choses par rapport à la rédaction de l'alinéa 11.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Avis favorable à l'amendement n°611, défavorable à l'amendement n°610. (*Sourires*) Oui, il est important de diversifier les voies d'accès pour obtenir des profils plus variés, mais les solutions proposées par les universités seront nombreuses et variées.

La formulation prévue dans l'amendement n°611 étant plus précise que la rédaction actuelle de l'alinéa 11, avis favorable.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Mais moins précise que dans l'amendement n°610 !

**M. Stéphane Piednoir.** – Avis défavorable aux deux pour ma part, comme je l'ai dit en commission de la culture. Je ne suis pas convaincu que la fixation de quotas va permettre la diversification attendue. En outre, on empiète ici sur l'autonomie des universités.

*L'amendement n°610 est adopté.*

*L'amendement n°611 n'a plus d'objet.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°615 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin et Tourenne, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir et Mme Grelet-Certenais.

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités selon lesquelles des enseignements impliquant les associations de lutte contre les violences faites aux femmes et/ou aux enfants sont mis en place ;

**Mme Laurence Rossignol.** – Mme la ministre m'ayant répondu, je le retire.

*L'amendement n°615 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°640 rectifié *bis*, présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mmes Malet et Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer, MM. D. Laurent, Savary et Mouiller, Mme Gruny, M. Gremillet et Mme Morhet-Richaud.

Alinéa 17

Après les mots :

d'exercer

insérer les mots :

licitement et effectivement

**Mme Corinne Imbert.** – Amendement rédactionnel. Il s'agit de s'assurer que les professionnels titulaires d'un diplôme validé à l'étranger sont pleinement qualifiés pour postuler au diplôme français correspondant.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La précision n'apporte rien sur le plan juridique, d'autant que l'alinéa 9 traite déjà de la question. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°640 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°240 rectifié *bis*, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau, Decool et Malhuret.

Après l'alinéa 25

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le même article L. 632-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Au cours de chaque cycle des études de médecine, les étudiants suivent un stage chez un maître de stage agréé ou dans un service agréé hors établissement hospitalier public pour la formation médicale.

« Les modalités et les conditions des stages sont déterminées par décret pris en Conseil d'État. »

**M. Daniel Chasseing.** – La formation pratique doit s'ouvrir à l'ensemble des structures agréées pour la formation ou auprès des maîtres de stage pour la formation des études de médecine afin que l'étudiant puisse découvrir les différentes modalités de l'exercice de la profession de médecin.

Il convient donc de proposer une professionnalisation précoce de la formation.

De plus, la mise en contact des futurs médecins avec des réalités différentes de celles qu'ils rencontrent dans les hôpitaux périphériques complètera utilement leur formation.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission va présenter un amendement de Mme Imbert qui a le même objet, dans une rédaction qui me semble meilleure.

Selon un rapport de l'IGAS de décembre 2017, les stages extrahospitaliers sont encore trop peu répandus pour être généralisés. En outre, il serait difficile de prévoir des stages ambulatoires en premier cycle, celui devant être consacré à l'orientation universitaire afin de garantir l'intégration d'étudiants de différentes filières.

Enfin une remarque de forme : l'article ne porte que sur le premier cycle alors que cet amendement traite des trois cycles. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable.

*L'amendement n°240 rectifié bis est retiré.*

*L'amendement n°173 rectifié n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°223, présenté par M. Lafon, au nom de la commission de la culture.

Alinéa 30

Remplacer l'année :

2020

par l'année :

2021

**M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis.** – La commission de la culture estime que l'entrée en vigueur de cette réforme était prématurée si la date de 2020 était maintenue. Les nouvelles maquettes de formation des universités devraient être prêtes pour novembre prochain. Or un travail important reste à accomplir pour la mise en place des mineures santé.

Dans un esprit d'accompagnement, la commission de la culture a souhaité un report d'un an de la mise en œuvre.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'Assemblée nationale a déjà voté un report d'un an et les universités ont commencé à travailler à la mise en œuvre. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Grâce aux expérimentations, les programmes sont déjà prêts dans certaines universités. Des territoires entiers se sont mobilisés, facultés de médecine et universités travaillent ensemble. Avis défavorable.

**M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis.** – Cet amendement soulignait nos craintes vis-à-vis des délais. Vos assurances me permettent de le retirer.

*L'amendement n°223 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°607 rectifié, présenté par Mme Sollogoub, MM. Bonnacarrère, Canevet, Henno et Janssens, Mmes Guidez, Vermeillet, C. Fournier et Perrot, M. Cazabonne et Mmes de la Provôté et Vullien.

Alinéa 32, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, y compris au regard de leur origine géographique

**Mme Nadia Sollogoub.** – Le rapport annuel d'évaluation prévu dans cet article pourrait également viser l'origine géographique des étudiants, afin de mieux diversifier les profils. Est-il plus facile d'accéder aux études de médecine dans les villes universitaires ? Si oui, nous pourrions ainsi prévoir des mesures correctrices.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – La notion de profil est importante et inclut l'origine géographique des candidats.

Ne fixons pas dans la loi une liste de critères. Les informations que vous évoquez se retrouveront dans le rapport. Retrait ou avis défavorable.

*L'amendement n°607 rectifié est retiré.*

*L'article premier, modifié, est adopté.*

## ARTICLE 2

**Mme Laurence Cohen.** – Nous avons tous regretté le manque de clarté de cet article réformant les modalités d'accès au troisième cycle. Le président Milon estime ainsi dans son rapport que « la seule lecture de cet article, même combinée à l'étude d'impact, ne permet en effet pas de déterminer clairement les modalités futures d'affectation des étudiants par spécialités ». Nous déplorons une nouvelle fois que le détail de la réforme soit renvoyé à un décret.

La suppression des ECN est certes bienvenue. Mais, madame la ministre, allez-vous nous éclairer sur les modalités d'organisation du troisième cycle ? Comme cette réforme doit s'appliquer à la rentrée prochaine, ces précisions ne seraient pas superflues.

**M. Bernard Jomier.** – L'article 2 atténue les écueils des ECN. Le fait de conditionner l'orientation professionnelle des étudiants au rang de classement aux ECN a eu des effets délétères. J'en mentionnerai un qu'il me semble primordial de corriger, notamment les représentations et des schémas que les étudiants intègrent au cours de leurs études, et qui jouent un rôle déterminant dans l'orientation globale du système de santé.

Il est essentiel que les formations soient pluridisciplinaires et préparent à la diversité des rôles et des missions. Nos besoins de coordination des professionnels et les difficultés éprouvées à la mettre en œuvre résultent aussi d'un défaut de polyvalence et d'expertise transversale.

Ce n'est qu'en sortant de la non-spécialisation qu'on obtiendra la mue culturelle que nous attendons.

Développons d'abord les lieux de formation auprès des professionnels de l'ambulatoire, notamment dans les zones sous-dotées. Nous voulons ainsi conditionner l'entrée en troisième cycle à la réalisation d'au moins un stage en zone sous-dotée, et faire de la dernière année de troisième cycle un exercice en ambulatoire en tant que médecin adjoint.

**M. Stéphane Piednoir.** – Les étudiants sont parfois victimes de violences et de comportements déplacés. Une enquête de 2017 démontre que 9 % des internes ont subi un harcèlement sexuel et 47 % se disent victimes de sexisme au quotidien.

Une autre enquête indique que près de 30 % des externes ont subi des violences sexuelles dans le cadre de leurs études.

En mars 2018, la ministre de l'enseignement supérieur a annoncé des mesures contre les violences sexistes et sexuelles, notamment la création d'une cellule d'accueil et d'écoute et une campagne de sensibilisation, mais en l'absence de procédure claire, notamment lorsque ces faits se déroulent dans le cadre des stages en santé, on constate un très faible recours aux procédures disciplinaires.

En effet, la particularité du personnel enseignant et hospitalier est que contrairement aux enseignants-chercheurs classiques, il relève d'une juridiction disciplinaire nationale unique relevant des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Pour briser l'omerta, il faudrait créer une instance disciplinaire à l'échelle du CHU. Mon amendement a hélas été rejeté en raison de l'article 40. Qu'en pensent les deux ministres ?

**Mme Angèle Prévile.** – J'associe Hélène Conway-Mouret à mon intervention.

Nous confions notre santé aux médecins, espérant qu'ils nous prescriront les traitements les plus efficaces et les moins coûteux. L'homéopathie est un complément à la médecine classique, centrée sur le bien-être du patient et d'action essentiellement préventive - d'où les difficultés d'évaluation.

Selon un sondage, près d'un médecin sur trois prescrit quotidiennement des médicaments homéopathiques. 100 % des pharmacies les intègrent dans leurs pratiques journalières.

Dans 80 % des cas, c'est une réponse efficace au stress, aux insomnies et à la fatigue.

Les médecins doivent pouvoir prescrire de l'homéopathie. Si la question du remboursement fait actuellement rage, il faut former les futurs médecins pour répondre à la demande d'une médecine plus naturelle et plus douce.

**M. Hervé Maurey.** – L'article 2 aborde la question des stages. L'accès aux soins en milieu rural s'est imposé comme un thème majeur du grand débat. Notre assemblée, chambre des territoires, doit répondre à cette attente, et la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable propose depuis sa naissance en 2011 de nombreuses solutions, dont le développement des stages en ambulatoire.

Trop d'étudiants ne sortent pas de l'hôpital au cours de leur formation. Le président du Conseil de l'Ordre le dit lui-même : près de 75 % des stages pourtant obligatoires ne sont pas réalisés. Environ 25 amendements issus de tous les bancs ont été déposés sur cet article pour mieux faire découvrir aux étudiants la médecine de ville et de campagne. Nos débats vont être, je n'en doute pas, fort intéressants et utiles.

**M. Daniel Chasseing.** – Il est très important d'assurer l'accès aux soins de premier recours en milieu rural et périurbain. Il faut que les étudiants en dernière année de troisième cycle exercent auprès d'un maître de stage comme médecins adjoints dans les territoires sous-dotés. C'est l'objet d'un amendement du groupe Les Indépendants.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Le troisième cycle permet aux étudiants de se présenter aux ECN et de se spécialiser. La réforme récente de Mme Touraine a entraîné la multiplicité des spécialités et une filiarisation excessive des études médicales dès le troisième cycle, avec ces hiérarchies implicites ou explicites à travers l'ECN. Les étudiants vont naturellement vers des internats prestigieux plutôt que de s'interroger sur leurs envies. Le nouvel examen se composera d'un contrôle des connaissances médicales de base au niveau national, d'une mise en situation et d'une valorisation de certaines spécialités choisies en deuxième cycle.

Les stages sont bien sûr essentiels car ils mettent l'étudiant en situation ; mais il faut aussi tenir compte des capacités d'accueil et de la qualité du contenu. Ne réglons par le problème des territoires sous-dotés en y envoyant des médecins incomplètement formés.

Monsieur Piednoir, je me suis emparée de la question des instances disciplinaires. Pour les PU-PH, le dépaysement est stratégique et les commissions sont présidées par des magistrats. Pour les universitaires, c'est d'abord une instance au sein de l'université, puis un dépaysement en appel. Dans le cas des violences sexistes et sexuelles, nos collègues ne sont ni formés, ni armés, ni équipés administrativement et juridiquement pour gérer ce genre de situations qui sont désormais connues grâce aux cellules d'écoute.

Ces deux systèmes insatisfaisants ayant montré leurs limites, je vais proposer d'autres solutions. Nous en reparlerons.

**Mme la présidente.** – Amendement n°712 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 3, première phrase

Après le mot :

France

insérer les mots :

, dont un stage situé dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins définie à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique,

**Mme Corinne Féret.** – Les nombreux amendements sur les stages montrent l'importance de ce volet de formation des futurs médecins. La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait conditionné l'accès à l'internat à un

stage en zone sous-dotée ou caractérisée par des difficultés d'accès aux soins.

Cet amendement le reprend car il a été supprimé en séance publique à l'Assemblée nationale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est favorable à ce que les étudiants en médecine fassent de tels stages d'observation en milieu ambulatoire, le cas échéant en zone sous-dense. Mais l'amendement est trop contraignant : nous manquons de maîtres de stage, en particulier en zone sous-dotée. De plus, l'organisation du cursus ne permet pas à l'étudiant de se déplacer vers son lieu de stage s'il est éloigné de l'université. Les pouvoirs publics ne devraient-ils d'ailleurs pas prendre en charge les dépenses de transport et de logement ?

Ferions-nous redoubler des étudiants faute d'avoir pu leur trouver un stage ?

Nous devons veiller à offrir aux étudiants la meilleure formation. Ce ne serait pas le cas sans maître de stage. Les étudiants de deuxième cycle ne sont pas capables de prendre en charge un patient. Il est préférable de prévoir cet exercice en troisième cycle.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis que le rapporteur : comment toutes les facultés de médecine parviendront-elles à proposer de tels stages ? Nous ne trouverons pas de maîtres de stage pour les 7 000 étudiants du deuxième cycle. Surtout, ce n'est pas une demande des généralistes : les étudiants de deuxième cycle ne leur apportant pratiquement aucune aide, ne font que leur prendre du temps médical.

Le troisième cycle est le meilleur moment pour des stages hors CHU et en zone sous-dense.

**M. Bernard Jomier.** – Nous sommes tous d'accord pour dire que les représentations se forgent en deuxième cycle, mais le passage à l'acte est plus difficile. Cela vient de loin et ne date pas de la loi Touraine : il y a, au sein des études de médecine, les voies royales et les voies secondaires, voire les marques de l'échec. Il n'y a pas si longtemps, il n'y avait pas de stages hors CHU.

Vous répondez comme s'il s'agissait de les envoyer tous en ambulatoire. Mais il existe des hôpitaux en zone sous-dense. Le CHU de Clermont-Ferrand, par exemple, propose des stages sur plusieurs semaines d'affilée et a changé à cette fin son organisation pédagogique. Il n'y a pas d'obstacle, mais un blocage politique et culturel, lié à une certaine hiérarchisation des formations. Il suffit de modifier les maquettes d'enseignement et de stage actuelles.

**Mme Elisabeth Doineau.** – Comment trouverez-vous des maîtres de stage pour eux ? L'indemnité de transport est de 130 euros par mois. Certains même ont dit qu'ils y étaient de leur poche pour 100 euros par mois. Ce n'est pas ce que nous voulons, évidemment ! Nous aurons l'occasion de revenir sur

les stages. En l'état, cet amendement n'est pas acceptable.

**M. Daniel Chasseing.** – C'est sûrement compliqué, mais j'ai entendu tout à l'heure qu'il ne fallait pas faire preuve d'hospitalo-centrisme, que vous vouliez faire sortir les étudiants de l'hôpital universitaire et leur faire découvrir d'autres secteurs. On peut imaginer des stages en responsabilité, en médecine libérale ou dans les hôpitaux, d'une semaine, qui peuvent faire découvrir le métier aux étudiants.

**Mme Laurence Cohen.** – Cet amendement me semble assez souple. Il n'y a pas d'obligation, mais une sensibilisation, comme le dit M. Chasseing. De plus, il n'y a aucune obligation à ce que ces stages se fassent hors hôpital.

Avec le manque de personnel, il y aurait beaucoup à dire sur le manque d'accompagnement des stagiaires. Je ne sais pas si cela participe d'un bouleversement culturel, mais il faut que les étudiants aillent dans des zones sous-dotées. Cela pourrait leur donner une appétence pour y exercer.

Bien sûr, ils ne pourront pas aller le matin en stage et l'après-midi en cours. Mais qu'est-ce qui empêche de prévoir des stages d'une ou deux semaines ? Après tout, nous sommes ici pour réorganiser le système, et tous les bancs ont exprimé des inquiétudes analogues.

Mon groupe votera cet amendement.

**Mme Véronique Guillotin.** – Oui, les externes doivent découvrir les zones sous-dotées. Ils sont accueillis dès lors que les structures le permettent. Mais c'est compliqué dans les zones trop éloignées des CHU. Le rendre obligatoire n'est pas opportun.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Puisque le *numerus clausus* n'existera plus, il est légitime de revisiter l'organisation du système. Nous sommes tous alarmés par la situation, il faut être cohérent et soutenir de telles propositions.

Certes, cela pose des problèmes, si les cours ont lieu le matin et les stages l'après-midi, comme c'est l'usage, concernant le logement et le transport. Mais c'est justement le moment de trouver des solutions.

**M. Michel Amiel.** – Le deuxième cycle doit rester celui de l'apprentissage pur et dur auprès du maître de stage. Or les zones sous-denses manquent de tout, et en particulier de maîtres de stage. Je soutiendrai, en revanche, des solutions pour les étudiants de troisième cycle.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'obligation de stage en zone sous-dense est explicite à l'alinéa 3 de l'article 2. Cet amendement mettrait donc en danger des étudiants qui n'auraient plus accès au troisième cycle s'ils n'ont pu valider un tel stage de deuxième cycle.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°712 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

**Mme la présidente.** – Voici le résultat du scrutin n°127 :

Nombre de votants .....	305
Nombre de suffrages exprimés .....	305
Pour l'adoption.....	104
Contre .....	201

*Le Sénat n'a pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°23 rectifié, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Brisson et Longuet, Mme Morhet-Richaud, MM. Revet et Morisset, Mme Deromedi, MM. Genest, Perrin, Raison, Poniatowski et Meurant, Mme Procaccia, MM. Mandelli, Bonne, Laménie, Pellevat et Cuypers, Mmes Canayer, A.M. Bertrand et Renaud-Garabedian et M. Gremillet.

Alinéa 3, seconde phrase

Après le mot :

nationales

insérer les mots :

et à la validation d'un stage en médecine générale d'une durée de trois mois

**M. Vincent Segouin.** – Cet amendement revalorise la médecine générale en rendant obligatoire la participation de l'étudiant à un stage en médecine générale d'une durée de trois mois minimum, conditionnant la validation du second cycle d'études.

Aujourd'hui, un étudiant sur cinq ne découvre pas la médecine générale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est favorable à la généralisation de la découverte de l'ambulatoire, qui suscite bien sûr des vocations. Mais je crains qu'une obligation ne soit dangereuse, car nous manquons de maîtres de stage.

Au demeurant, une telle obligation existe depuis un arrêté de 1997, mais elle est loin d'être respectée, comme l'a souligné un récent rapport de MM. Daudigny et Cardoux.

Enfin, l'amendement ne prévoit pas que le stage ait lieu en ambulatoire : le stage pourrait avoir lieu dans un service de médecine générale. Enfin, la durée de trois mois n'a rien à faire dans la loi. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Effectivement, seuls 82 % des étudiants en deuxième cycle peuvent respecter l'obligation de réaliser un stage chez un médecin généraliste. Nous avons réussi à obtenir 18 % de maîtres de stage agréés en plus. Retrait ?

*L'amendement n°23 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1 rectifié quater, présenté par Mme Imbert, M. Bascher, Mmes Puissat, L. Darcos et Micouleau, MM. Sol, Vogel et Morisset, Mmes Gruny, Morhet-Richaud, Berthet et Deromedi, M. Longuet, Mme Bruguière, M. Lefèvre, Mmes Richer et Lassarade, M. Chatillon, Mme Noël, MM. Mouiller, Kennel et Cuypers, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin, M. Pellevat, Mmes Delmont-Koropoulis et Deseyne, MM. Pierre, D. Laurent et Vaspart, Mme A.M. Bertrand, MM. Retailleau, del Picchia et Savary, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Poniatowski, Bonne, Meurant et Gilles, Mme M. Mercier, M. Piednoir, Mmes Chain-Larché, Thomas et Ramond, M. B. Fournier, Mme Canayer, MM. Courtial, Charon, Sido et Pointereau, Mme Deroche et MM. Laménie, J.M. Boyer, Gremillet et Duplomb.

I. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Pour les étudiants de troisième cycle des études de médecine générale et d'autres spécialités définies par décret, la dernière année du troisième cycle est une année de pratique ambulatoire en autonomie, en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, et avec l'avis conforme du conseil départemental de l'ordre des médecins et de l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux.

II. – Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités d'organisation de l'année de pratique ambulatoire en autonomie ;

**Mme Corinne Imbert.** – L'examen à l'Assemblée nationale du projet de loi et les discussions dans le cadre du grand débat national ont fait ressortir les problématiques d'accès aux soins dans les territoires ruraux comme urbains.

Les médecins, les patients et les élus appellent, depuis plusieurs années, à des solutions structurantes qui répondraient enfin à l'urgence de la situation.

Seuls 12 % des jeunes diplômés décident de s'installer en libéral à l'issue de leurs études.

La mise en œuvre d'un mécanisme de conventionnement sélectif pourrait décourager des vocations.

Enfin, les mécanismes de régulation ont fait preuve de leur inefficacité partout où ils ont été mis en œuvre. Ce système a rapidement été abandonné en Allemagne, où les jeunes médecins ont refusé de se conventionner pour pouvoir s'installer librement ou ont préféré se diriger vers les hôpitaux, ce qui n'a fait qu'accentuer les différences territoriales.

Un pari bien plus ambitieux serait celui de l'incitation et de l'accompagnement des jeunes professionnels dans les territoires à travers une plus

grande professionnalisation, principe fort qui serait inscrit dans la loi.

La dernière année du DES de médecine deviendrait ainsi une année professionnalisante hors hôpital, dans les territoires.

Je me félicite du travail constructif en commission des affaires sociales.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°542 rectifié *quinquies*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled, Bouloux, Moga, Gabouty, Bonhomme et Mandelli et Mme Noël.

**M. Daniel Chasseing.** – Avec cet amendement, les étudiants en dernière année de troisième cycle de médecine générale pourront être mis à disposition des hôpitaux de proximité pour intervenir en qualité de médecin adjoint en zone où une carence de soin de premier recours est constatée par le conseil départemental de l'ordre, par le maire de la commune ou par le CPTS.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°762 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

**M. Yves Daudigny.** – C'est rigoureusement le même. Je défends avec beaucoup de conviction cette préoccupation partagée sur tous les bancs. Nous recherchons tous un dispositif efficient. Le groupe socialiste s'est inscrit résolument dans une démarche collective ; merci au président Milon et aux autres groupes de nous avoir rejoints, cela fait honneur à notre assemblée.

Ce dispositif permettra de déployer plusieurs milliers professionnels de santé dans les territoires sous-dotés.

**Mme la présidente.** – Sous-amendement n°419 rectifié à l'amendement n°1 rectifié *quater* de Mme Imbert, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Amendement 1, alinéa 3

Après le mot :

priorité

insérer les mots :

et pour partie au moins

**M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.** – Je me félicite de ces amendements identiques qui répondent aux difficultés des zones sous-dotées.

Ce sous-amendement poursuit le même objectif. C'est en apprenant à connaître un territoire que l'on se projette dans une installation. C'est ce que m'ont dit les associations d'étudiants en médecine que j'ai auditionnées. Or l'hospitalo-centrisme reste très fort.

La médecine générale est au deuxième rang des spécialités les moins attractives après la médecine du travail. Pourtant, 83 % des étudiants qui y ont fait un stage disent que cela leur a donné envie de l'exercer.

Ce sous-amendement précise qu'une partie de l'année de pratique ambulatoire sera effectuée en zone sous-dense.

De nouveaux moyens ont été mis en place, comme une aide de 200 euros pour les stages en zone sous-dense.

**Mme la présidente.** – Sous-amendement n°826 à l'amendement n°1 rectifié *quater* de Mme Imbert, présenté par MM. Vaspert, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Morhet-Richaud, MM. Duplomb, Perrin, Pellevat, Nougéin, D. Laurent, del Picchia, Paul et Revet, Mmes Troendlé, Deromedi et Ramond, M. Genest, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin, MM. Moga, Brisson et Priou et Mme Lamure.

Amendement 1, alinéa 3

Supprimer le mot :

Conforme

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Toutes les analyses convergent sur la nécessité, pour lutter contre les déserts médicaux, de faire connaître la pratique en cabinet libéral hors de l'hôpital public aux étudiants, grâce à des stages. L'amendement n°1 rectifié *quater* répond à cette demande.

Toutes les lois récentes relatives à la santé comportent une incitation au stage chez des médecins de ville. En pratique, la très grande majorité des stages ont lieu dans les CHU des grandes villes dans lesquelles les étudiants poursuivent leurs études : parce que les CHU sont très demandeurs, et parce que sans doute, les maîtres de stage ne sont pas suffisamment nombreux, sans doute notamment parce que la compensation financière qui leur est proposée n'est pas très incitative. Sa révision échappe au domaine de la loi.

Ce sous-amendement supprime le caractère conforme de l'avis demandé aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins et URPS.

*L'amendement n°757 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°592, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'alinéa 15

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – L'article L. 632-5 du code de l'éducation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les internes de médecine générale peuvent réaliser, au cours

des deux dernières années sur les quatre ans que dure leur troisième cycle des études médicales, au moins quatre fois six mois de formation pratique dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cette formation professionnalisante peut s'effectuer selon les modalités prévues par l'article L. 4131-2 du même code. »

**M. Michel Amiel.** – Cet amendement prévoit quatre stages de six mois en troisième cycle ; dans le cadre d'un DES de médecine générale effectué en quatre ans. Cela faciliterait la professionnalisation, éventuellement dans le cadre de l'adjuvat.

**Mme la présidente.** – Amendement n°593, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'alinéa 15

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 632-5 du code de l'éducation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les internes de médecine générale peuvent réaliser, à la fin de leur troisième cycle des études médicales, au moins deux fois six mois de formation pratique dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cette formation professionnalisante peut s'effectuer selon les modalités prévues par l'article L. 4131-2 du même code. »

**M. Michel Amiel.** – C'est un amendement de repli.

**Mme la présidente.** – Amendement n°594, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'alinéa 15

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 632-5 du code de l'éducation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les internes de médecine générale peuvent réaliser, au cours du troisième cycle des études médicales, au moins deux fois six mois de formation pratique dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cette formation professionnalisante peut s'effectuer selon les modalités prévues par l'article L. 4131-2 du même code. »

**M. Michel Amiel.** – Amendement de repli également.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet ensemble d'amendements identiques n°1 rectifié *quater*, 542 rectifié *quinquies* et 762 rectifié procède d'un accord transpartisan au sein de notre commission que je tiens à saluer. Oui, c'est un honneur pour le Sénat que d'avoir su se mettre d'accord sur un texte aussi important pour l'avenir de la médecine en France.

Ces amendements présentent un équilibre satisfaisant : les étudiants visés sont ceux de dernière année de médecine, on pourra y intégrer les spécialités de premier recours comme l'ophtalmologie et la gynécologie. Avis favorable à ces trois amendements.

Les amendements de M. Amiel procèdent du même objectif. Je propose leur retrait.

Avis défavorable aux sous-amendements n°826 et 419 rectifié. L'Ordre des médecins doit conserver un contrôle sur les praticiens non inscrits au tableau de l'Ordre.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Les amendements n°1 rectifié *quater*, 542 rectifié *quinquies* et 762 rectifié sont cohérents avec les dispositions du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas) et de la réforme du troisième cycle, qui prévoit l'évolution progressive vers une autonomie complète.

L'obligation de stage en ambulatoire n'est pas souhaitable compte tenu des ressources ; de plus, il ne convient pas d'opposer le libéral à l'hospitalier, qu'il faut aussi encourager en zone sous-dense et hors CHU.

Nous avons 27 % des postes de praticiens hospitaliers vacants, nous avons aussi besoin de médecins hospitaliers. Nous avons l'objectif de mettre à disposition un nombre suffisant de maîtres de stage en zone sous-dense, mais nous n'y sommes pas encore : nous avons augmenté de 17 % le nombre de maîtres de stages universitaires entre 2017 et 2018. C'est une augmentation progressive, mais nous sommes encore loin de pouvoir accueillir la totalité des étudiants. Dans ces conditions, vos amendements reviendraient à imposer, la dernière année, un modèle de quasi-exercice. Si je ne suis pas fermée à ce que les conditions d'exercice au cours de la dernière séquence de troisième cycle évoluent de manière cohérente avec le processus d'autonomisation progressive que j'évoquais, il est impératif qu'elle s'insère à part entière dans le processus de formation.

Nous proposons plutôt une autonomie supervisée par un généraliste. Avis défavorable sur l'amendement n°1 rectifié *quater*, l'amendement n°542 rectifié *quinquies* et 762 rectifié. Toute obligation en la matière pose problème. Il faut rendre les territoires attractifs plutôt que de les imposer aux étudiants. Les CESP concourent à cet objectif et ont une popularité croissante.

Le sous-amendement n°419 rectifié prévoit une autonomie complète de l'étudiant : avis défavorable.

Je ne suis pas favorable au DES de médecine générale de 4 ans : avis défavorable à l'amendement n°592.

Enfin, avis défavorable au sous-amendement n°826, toujours parce qu'il prévoit un quasi-exercice en dernière année.

Retrait ou avis défavorable à l'amendement n°593 car rien ne s'oppose aujourd'hui à ce que l'étudiant effectue des stages en zone sous-dense.

Retrait ou avis défavorable à l'amendement n°594 qui prévoit des conditions de quasi-exercice.

**M. Franck Montaugé.** – Je tiens à remercier le rapporteur et les auteurs de ces amendements. Les démarches transpartisanes prennent forme autour d'enjeux d'intérêt général : c'est le cas ici. Ces trois amendements identiques ne prévoient aucune obligation, avec la garantie de l'avis conforme des CDOM et de l'URPS.

Madame la ministre, vous avez évoqué il y a quelques heures les territoires qui se sentent abandonnés. Il est temps de donner une traduction concrète à ces propos. Pourquoi ne pas sous-amender ces trois amendements identiques pour trouver un consensus, avec le Gouvernement ?

Des millions de Français, qui se sentent abandonnés, dans les territoires ruraux, nous attendent sur ce sujet.

**Mme Laurence Cohen.** – Ces amendements, transpartisans, mais que nous n'avons pas signés, répondent à une problématique qui vise les citoyens en zones rurales et périurbaines. Le groupe CRCE ne s'y est cependant pas associé, car la pénurie de professionnels touche les secteurs libéral mais aussi hospitalier, comme vient de le rappeler la ministre. Ainsi, aux urgences de l'hôpital Henri Mondor de Créteil, il manque sept médecins. Il y a une obligation implicite dans ces amendements et un postulat : trop peu d'étudiants vont s'installer en libéral. Il n'y a aucune référence au désir d'exercice collectif, par exemple en maison de santé. Enfin, nous préférons une autonomie supervisée.

**Mme Nadia Sollogoub.** – Le cas des CHU qui ne peuvent libérer leurs internes, parce qu'ils en ont besoin, n'a pas été évoqué. Ces amendements permettraient justement de les libérer.

**M. Bernard Jomier.** – Les mesures incitatives sont utiles mais insuffisantes.

Il y a un énorme non-dit dans les propos du ministre : la quatrième année du troisième cycle est prévue par l'harmonisation européenne des cursus dans le cadre d'une phase de consolidation mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Personne n'en parle ! Or il n'est pas question de prendre des moyens aux hôpitaux, mais d'utiliser simplement le temps médical

rendu disponible par la phase de consolidation de cette quatrième année pour les zones insuffisamment dotées.

Madame la ministre, la presse spécialisée prétend que lors du congrès important auquel vous avez assisté ce week-end, vous vous êtes déclarée favorable à une dernière année de troisième cycle des internes en médecine générale sous statut de praticien adjoint ? Est-ce vrai ou faux ? Si c'est vrai, travaillons ensemble !

**M. Daniel Chasseing.** – Oui, nous sommes ici vraiment au cœur du texte. Des conseils départementaux créent des postes de médecins salariés, l'État aussi ; et malgré cela les déserts médicaux vont persister car il y a beaucoup de médecins entre 55 ans et 65 ans. On va vers une véritable catastrophe dans les territoires ruraux. Il n'y a aucune coercition ou obligation dans ces amendements. Médecin adjoint, l'étudiant en dernière année de troisième cycle sera épaulé par le maître de stage, l'hôpital ou le CHU.

Le projet territorial de santé vise à mieux coordonner l'offre de soins et à résorber les zones blanches.

Je ne vois pas de risque à ce que des étudiants formés, en troisième ou quatrième année de troisième cycle, exercent comme médecin adjoint, sous la supervision d'un maître de stage, en relation étroite avec l'hôpital. Ils ne seront pas lâchés seuls dans la campagne !

**M. Michel Amiel.** – On sait que les médecins sont des êtres délicats qu'il ne faut pas bousculer (*Souires*) mais franchement, faire en sorte que la dernière année du troisième cycle soit une année de professionnalisation n'a rien de scabreux. M. Jomier a raison, nous allons vers une quatrième année de spécialisation. Ouvrons cette porte - sans quoi il nous faudra aller vers des mesures coercitives.

Je me serais volontiers associé à cet amendement si j'avais été présent mercredi dernier. Je retire mes trois amendements pour me rallier à cet amendement raisonnable, équilibré, non coercitif et absolument pas dangereux ! (*Applaudissements et « Bravo » sur les bancs des groupes SOCR, Les Républicains, Les Indépendants et sur plusieurs bancs du groupe UC*)

*Les amendements n°s 592, 593 et 594 sont retirés.*

**Mme Corinne Imbert.** – Moi non plus, madame la ministre, je ne vous comprends pas. Le Saspas est facultatif et souvent inaccessible aux internes faute de place. En visant l'autonomie en ambulatoire, notre amendement va libérer des places de stage ! En effet, les médecins qui ont le nez dans le guidon ne trouvent pas le temps de devenir maître de stage. La professionnalisation fait partie de la formation des internes, celle-ci n'est en rien galvaudée !

Le Sénat vous offre une réponse pragmatique, réfléchie. Tous les acteurs sont associés : ARS,

Conseil de l'Ordre, URPS. Cela se fera dans la concertation, au plus près des besoins de la population et des médecins.

Accepter ces amendements serait faire preuve de courage. Tout le monde en sortira grandi ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)*

**M. René-Paul Savary.** – Madame la ministre, nous vous retirons une épine du pied ! Vous prônez des mesures incitatives, non coercitives : nous vous en proposons une ! Vous faites une distinction entre quasi-exercice et autonomie supervisée... Mais lorsque nous avons été formés - en sept ans, à l'époque - nous faisons des remplacements, livrés à nous-mêmes par définition, et cela se passait très bien ! Là, des internes en dixième année seront sous la responsabilité de l'université et du médecin associé.

L'amendement de Mme Imbert, fort bien rédigé, laisse au décret le soin de préciser le statut : médecin adjoint, collaborateur, stagiaire. L'important, c'est que l'on aura deux médecins pour deux malades.

Mesdames les ministres, vous avez l'occasion de marquer de votre empreinte un dispositif qui améliorera la formation des professionnels tout en répondant aux préoccupations d'aménagement du territoire. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)*

**M. Hervé Maurey.** – Je me reconnais totalement dans tout ce qui a été dit. Bravo aux auteurs des amendements, qui ont conduit la commission de l'aménagement du territoire à transformer son amendement en sous-amendement. Les étudiants vont enfin découvrir, en dernière année, l'exercice de la médecine en-dehors d'un CHU. C'est indispensable si l'on veut avoir une petite chance que certains exercent sur le terrain...

Je voterai le sous-amendement de M. Longeot qui consolide le dispositif en garantissant que le stage est réalisé « pour partie » dans les zones sous-denses - qui représentent tout de même 10 000 communes et 12 millions d'habitants.

**M. Yves Daudigny.** – J'ai toujours soutenu les différentes mesures incitatives. J'ai toujours estimé impossible de contraindre des médecins à s'installer pour plusieurs années dans un endroit contre leur volonté. Mais je souscris à cet amendement d'imagination et de raison. Avec la directive européenne, le troisième cycle comptera bientôt quatre années. C'est un amendement d'efficacité, aux effets immédiats ; un amendement d'équilibre, qui prend en compte les souhaits et les réticences des intéressés et s'appuie sur le travail de l'Ordre.

Vous évoquez des problèmes de mise en œuvre ? Nous faisons confiance aux fonctionnaires pour les surmonter et trouver des modalités de mise en œuvre. La situation est grave, nous avons besoin d'un choc. C'est le rôle du Sénat, dans sa sagesse, de le provoquer. Madame la ministre, prenez en

considération la réponse que nous vous proposons. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR)*

**Mme Véronique Guillotin.** – Au risque de me sentir bien seule, je redis mes réserves sur ce dispositif. Nous subissons une forte pression de nos concitoyens et des élus locaux, mais la réponse à la désertification médicale n'est pas pour moi d'envoyer des bataillons d'internes dans les zones sous-denses. *(Mme Agnès Buzyn, ministre, opine du chef.)*

Autre problème, cela reviendrait à dépouiller les hôpitaux de leurs internes de troisième cycle. À Épinal, ce sont eux qui font tourner les urgences... Pour que les étudiants en troisième cycle puissent faire la moitié de leurs semestres en ambulatoire - un aux urgences, un en pathologie de la femme, un en pathologie de l'enfant, un en Saspas, un en médecine polyvalente - il faut avant tout trouver des maîtres de stage.

**Mme la présidente.** – Il faut conclure.

**Mme Véronique Guillotin.** – C'est la première difficulté. Si cet exercice en ambulatoire s'appuie sur un maître de stage, il s'agit d'un Saspas !

**Mme Élisabeth Doineau.** – Moi aussi, je suis circonspecte face à ce dispositif qui va prendre à certains pour couvrir d'autres besoins. Nous manquons de médecins partout. Certains territoires ont tout fait pour attirer les internes dans les hôpitaux locaux, aux urgences, en PMI ; va-t-on demain les en priver ?

J'ai le sentiment que la solution proposée sera impossible à appliquer. Je m'abstiendrai, à titre personnel.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – J'ajoute que l'amendement s'appuie sur la directive européenne qui porte le troisième cycle à quatre ans : nous ne retirons donc rien à personne en prévoyant que cette dernière année se déroule sur le terrain. Médecins, nous avons tous vécu le passage en autonomie avant d'être docteur, en effectuant des remplacements, et ce sans maître de stage ! *(M. Daniel Chasseing et Mme Corinne Imbert applaudissent.)*

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Quelques questions : combien gagneront ces jeunes médecins qui exerceront dans des cabinets libéraux, et qui les rémunérera ?

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Merci pour ces échanges.

Tel qu'il est présenté, l'amendement parle d'une année de pratique ambulatoire en autonomie. Nous avons cherché en vain la directive qui ferait passer le troisième cycle à quatre ans. Actuellement, la formation est bien de trois ans.

Vous estimez que la troisième année du troisième cycle n'est pas si utile puisque les internes pourront exercer en autonomie. Vous envoyez les plus jeunes, les moins expérimentés, dans des déserts médicaux,

avec peu de médecins expérimentés pour les épauler.  
(*Protestations à droite*)

Nous entendons le désarroi des territoires. Quel message adressez-vous aux habitants ? Que la bonne solution est de leur envoyer des jeunes médecins dont la formation a été amputée d'un an ! (*Les protestations à droite redoublent.*)

C'est une immense responsabilité. Enfin, nous atteignons les 100 % de stages en médecine générale, en ayant augmenté le nombre de maîtres de stage.

Pour le Gouvernement, opposer les zones déjà sous-denses n'est pas une solution. Il faut d'abord donner envie d'y exercer !

**M. Franck Montaugé.** – Justement !

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Vous placez des jeunes médecins, incomplètement formés, seuls face à des patients très demandeurs, sans préciser les responsabilités en cas d'erreur médicale ! (*Protestations à droite et sur les bancs du groupe SOCR*)

**M. Bernard Jomier.** – Et l'arrêté du 21 avril 2017, ça vous dit quelque chose ?

**M. Franck Montaugé.** – C'est misérable, ridicule !

**Mme Catherine Deroche.** – Je ne vous comprends pas, madame la ministre. Vous proposez des contrats d'engagement, des mesures incitatives qui mettront les jeunes médecins dans la même situation ! Nous proposons une formation sur le terrain, après déjà neuf années d'études, contre sept jadis. Actuellement, les internes font tourner les urgences, sans être davantage encadrés : le risque pour le patient est le même ! Décidément, je ne comprends pas votre obstination. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains, Les Indépendants et SOCR*)

À la demande de la commission des affaires sociales, le sous-amendement n°419 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

**Mme la présidente.** – Voici le résultat du scrutin n°128 :

Nombre de votants .....	306
Nombre de suffrages exprimés .....	289
Pour l'adoption.....	35
Contre .....	254

*Le Sénat n'a pas adopté.*

*Le sous-amendement n°826 n'est pas adopté.*

À la demande du groupe SOCR et de la commission des affaires sociales, les amendements identiques n°1 rectifié quater, 542 rectifié quinquies et 762 rectifié sont mis aux voix par scrutin public.

**Mme la présidente.** – Voici le résultat du scrutin n°129 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	327
Pour l'adoption .....	311
Contre .....	16

*Le Sénat a adopté.*

(*Applaudissements sur les bancs des groupes SOCR, Les Républicains, Les Indépendants et sur plusieurs bancs du groupe UC ; M. Michel Amiel applaudit également.*)

**Mme la présidente.** – Amendement n°296, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'utilisation d'algorithmes locaux mis en place par les universités est interdite.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Lors de la loi Orientation et réussite des étudiants, nous avons unanimement dénoncé l'opacité du processus de sélection post-bac. Malgré les dénégations de la ministre, ce que nous craignons alors se confirme : des algorithmes locaux sont bien utilisés dans 25 % des filières, comme l'a confirmé le Défenseur des droits. Il y a des filières où aucun dossier n'a été consulté par un enseignant. Le secret des délibérations du jury ne devrait pas s'opposer au droit à l'information sur la manière dont sont évaluées les candidatures.

Madame la ministre, vous avez encouragé ces pratiques avant de rétro-pédaler pour couvrir les universités. Cet amendement évite des dérives analogues pour les études de santé en prévoyant la transparence des algorithmes locaux.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à cet amendement très flou.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – La procédure d'accès au troisième cycle sera nationale. J'ai toute confiance dans les présidents d'universités et les enseignants-chercheurs. Une nation qui doute de la bienveillance de ses professeurs est une nation malade. Avis défavorable.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Rassurez-vous, je ne suis nullement malade et oui, je mets en cause l'utilisation d'algorithmes !

*L'amendement n°296 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°645 rectifié bis, présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mmes Malet et Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer, MM. D. Laurent, Savary et Brisson, Mmes L. Darcos, Morhet-Richaud et Gruny et MM. Mouiller et Gremillet.

I. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« I bis. – Les étudiants de troisième cycle des études de médecine effectuent au moins deux stages pratiques auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités.

II. – Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités d'organisation des stages pratiques mentionnés au I bis, qui doivent permettre un exercice autonome des étudiants ;

**Mme Corinne Imbert.** – Cet amendement oblige les étudiants de troisième cycle à effectuer au moins deux stages pratiques auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Retrait ? L'amendement n°1 rectifié *quater* est plus équilibré et plus consensuel.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'exercice en autonomie en ambulatoire n'est pas adapté à toutes les spécialités - la mienne, par exemple, est exclusivement hospitalière.

*L'amendement n°645 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°88 rectifié, présenté par M. Savary, Mmes Berthet, A.M. Bertrand et Bonfanti-Dossat, MM. Bonne, Bouloux, J.M. Boyer et Brisson, Mmes Bruguère, Canayer et Chain-Larché, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cuypers et Danesi, Mme L. Darcos, MM. Daubresse, de Legge et del Picchia, Mmes Deroche, Deromédi, Di Folco, Estrosi Sassone et Eustache-Brinio, M. B. Fournier, Mme Garriaud-Maylam, MM. Genest et Gremillet, Mme Gruny, M. Guené, Mme Imbert, MM. Karoutchi, Kennel et Laménie, Mmes Lamure et Lassarade, MM. D. Laurent, Lefèvre et Longuet, Mmes Lopez et Malet, M. Mandelli, Mme M. Mercier, M. Meurant, Mme Morhet-Richaud, MM. Morisset, Mouiller, Perrin, Piednoir, Pierre, Pointereau et Poniatowski, Mme Puissat, MM. Raison, Rapin, Revet, Saury, Sido et Sol, Mme Thomas et M. Vogel.

Alinéa 5, au début

Ajouter les mots :

Après consultation des conseils de surveillance des agences régionales de santé,

**M. René-Paul Savary.** – Si l'on veut donner au décret national une dimension territoriale, il importe de prendre l'avis des conseils de surveillance des ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La préparation du décret implique la consultation des acteurs concernés sans qu'il soit nécessaire de l'inscrire dans la loi. Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le décret en Conseil d'État sera structurant et transversal. Il existe déjà des processus de consultation et de concertation préalables obligatoires. Il n'est pas d'usage qu'un

décret en Conseil d'État soit soumis à des instances locales. Avis défavorable.

*L'amendement n°88 rectifié n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°795, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

mentionnées au 1° du I

II. – Alinéa 10, seconde phrase

1° Remplacer le mot :

ci-dessus

par les mots :

au 1° du I

2° Remplacer la référence :

1° A du présent II

par la référence :

1° du I

*L'amendement rédactionnel et de coordination n°795, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°370 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Castelli et Corbisez, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Vall et Husson.

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots :

, et notamment les modalités de la prise en compte d'un double cursus dans le cadre des études médicales

**Mme Véronique Guillotin.** – Des étudiants en double cursus médecine et science ont des difficultés à mener à bien leurs études de front alors qu'ils représentent une chance pour la médecine française de demain. Le Gouvernement dit vouloir davantage prendre en considération les à-côtés. Cet amendement inscrit leur prise en compte dans la loi et aménage leurs obligations.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La préoccupation est légitime. Faut-il pour autant l'inscrire dans la loi sous cette forme ? Le Gouvernement a-t-il prévu de régler la situation par voie réglementaire ?

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Les parcours antérieurs au troisième cycle, dont les doubles cursus, seront bien sûr pris en compte. C'est déjà le cas en pratique. Inscrire cette obligation dans la loi obligerait à mentionner tous les parcours analogues. Retrait ou avis défavorable.

*L'amendement n°370 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°120 rectifié *bis*, présenté par Mmes Deseyne, Lassarade et Micouleau, MM. Longuet et Danesi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud, Gruny et Puissat, MM. Morisset, Sol et Brisson, Mmes L. Darcos et Bruguière, MM. Lefèvre, Cuypers, Poniatowski, Savary et del Picchia, Mme Raimond-Pavero, M. Bonne, Mme Chauvin, MM. Mandelli, B. Fournier, Rapin, Piednoir, Pierre, Charon et Sido, Mme Lamure, M. Segouin, Mme de Cidrac et M. Laménie.

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par les mots :

, et la réalisation de stages hors établissement hospitalier public

**Mme Chantal Deseyne.** – Des stages hors hôpital permettront d'irriguer rapidement le territoire avec des internes. Cela leur fera découvrir les différentes modalités d'exercice de la médecine et pourra susciter des vocations.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°643 rectifié *ter*, présenté par Mme Imbert, M. Pointereau, Mmes Malet, Garriaud-Maylam, Deroche et Richer, MM. D. Laurent, Piednoir et Mouiller et Mme Gruny.

**Mme Corinne Imbert.** – Défendu.

*L'amendement n°776 rectifié bis n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°613 rectifié *bis*, présenté par Mme Sollogoub, MM. Bonnacarrère, Canevet, Henno et Janssens, Mme Vermeillet, M. Delahaye, Mme C. Fournier, M. Moga, Mmes Férat, Perrot et Billon, M. Cazabonne et Mmes de la Provôté, Saint-Pé et Vullien.

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par les mots :

et de réalisation de stages auprès de praticiens agréés-maîtres de stages des universités

**Mme Nadia Sollogoub.** – À condition d'être accueillis par des maîtres de stage agréés, les étudiants internes pourront effectuer leurs stages dans les cliniques privées et dans le secteur libéral. C'est une façon de multiplier les possibilités de stage.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La rédaction proposée par l'amendement n°613 rectifié *bis* est la plus pertinente. Avis favorable. Retrait ou avis défavorable aux amendements n°120 rectifié *bis* et 643 rectifié *ter*.

**Mme Frédérique Vidal, ministre.** – Avis défavorable. La diversification des terrains de stage est prévue en troisième cycle, notamment en ambulatoire, en libéral, dans les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, voire en clinique.

L'enjeu est de former assez de maîtres de stage. Ils sont le cœur de la qualité de notre formation. La

diversité des stages fera partie du suivi et de l'évaluation de la réforme.

*Les amendements identiques n°120 rectifié bis et n°643 rectifié ter sont retirés.*

*L'amendement n°613 rectifié bis est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°224, présenté par M. Lafon, au nom de la commission de la culture.

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par les mots :

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

**M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis.** – Cet amendement me semble satisfait par l'adoption de l'amendement n°1 rectifié *quater*. (M. Milon, rapporteur, le confirme.)

*L'amendement n°224 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°119 rectifié *bis*, présenté par Mmes Deseyne, Lassarade et Micouleau, MM. Longuet et Danesi, Mmes Deromedi, Gruny et Puissat, MM. Morisset et Brisson, Mme Bruguière, MM. Lefèvre, del Picchia, Savary, Poniatowski, Cuypers et Mandelli, Mme Chauvin, MM. Bonne, Pierre, Piednoir, Gilles, Rapin, B. Fournier, Charon et Sido, Mmes A.M. Bertrand, Lamure et de Cidrac et MM. Laménie et Gremillet.

Alinéa 9

Après le mot :

ouverts

insérer les mots :

, y compris dans le secteur libéral, de l'hospitalisation privée et du médico-social,

**Mme Chantal Deseyne.** – Les étudiants doivent bénéficier d'une formation mixte, hospitalière et libérale. Le décloisonnement doit intervenir dès les études.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°119 rectifié bis n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Nous avons examiné 63 amendements aujourd'hui ; il en reste 610.

*Prochaine séance aujourd'hui, mardi 4 juin 2019, à 9 h 30.*

*La séance est levée à minuit vingt-cinq.*

**Jean-Luc Blouet**

*Direction des comptes rendus*

**Annexes***Ordre du jour du mardi 4 juin 2019***Séance publique****À 9 h 30**

Présidence :

Mme Hélène Conway-Mouret, vice-présidente

Secrétaires :

M. Guy-Dominique Kennel - M. Éric Bocquet

**1. 36 questions orales.****À 14 h 30 et le soir**

Présidence :

M. David Assouline, vice-président  
Mme Valérie Létard, vice-présidente

**2.** Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (texte de la commission, n°525, 2018-2019)

*Analyse des scrutins publics*

**Scrutin n°126** sur la motion n°792, présentée par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe CRCE, tendant à poser la question préalable au projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

**Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	270
Pour :	16
Contre :	254

Le Sénat n'a pas adopté

**Analyse par groupes politiques****Groupe Les Républicains (144)**

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, président du Sénat

**Groupe SOCR (72)**

Abstentions : 71

N'a pas pris part au vote : 1 - Mme Hélène Conway-Mouret, présidente de séance

**Groupe UC (51)**

Contre : 51

**Groupe LaREM (23)**

Contre : 23

**Groupe du RDSE (23)**

Contre : 23

**Groupe CRCE (16)**

Pour : 16

**Groupe Les Indépendants (13)**

Contre : 13

**Sénateurs non inscrits (6)**

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 - Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

**Scrutin n°127** sur l'amendement n°712 rectifié, présenté par M. Bernard Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain, à l'article 2 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

**Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	305
Suffrages exprimés :	305
Pour :	104
Contre :	201

Le Sénat n'a pas adopté.

**Analyse par groupes politiques**

**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 1 - M. Vincent Segouin

Contre : 141

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, Mme Catherine Troendlé, président de séance

**Groupe SOCR (72)**

Pour : 72

**Groupe UC (51)**

Pour : 2 - MM. Jean-François Longeot, Hervé Maurey

Contre : 13

N'ont pas pris part au vote : 36 - MM. Jean-Marie Bockel, Philippe Bonnacarrère, Olivier Cadic, Vincent Capo-Canellas, Alain Cazabonne, Olivier Cigolotti, Vincent Delahaye, Bernard Delcros, Yves Détraigne, Daniel Dubois, Mmes Françoise Férat, Nathalie Goulet, Sylvie Goy-Chavent, MM. Loïc Hervé, Jean-Marie Janssens, Mme Sophie Joissains, MM. Claude Kern, Michel Laugier, Nuihau Laurey, Jacques Le Nay, Mmes Valérie Létard, Anne-Catherine Loisier, MM. Jean-Claude Luche, Hervé Marseille, Pierre Médevielle, Jean-Marie Mizzon, Jean-Pierre Moga, Mmes Catherine Morin-Desailly, Évelyne Perrot, M. Gérard Poadja, Mmes Sonia de la Provôté, Denise Saint-Pé, Lana Tetuanui, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mmes Dominique Vérien, Michèle Vullien

**Groupe LaREM (23)**

Contre : 23

**Groupe du RDSE (23)**

Contre : 23

**Groupe CRCE (16)**

Pour : 16

**Groupe Les Indépendants (13)**

Pour : 13

**Sénateurs non inscrits (6)**

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

**Scrutin n°128** sur le sous-amendement n°419 rectifié, présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, à l'article 2 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

**Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	306
Suffrages exprimés :	289
Pour :	35
Contre :	254

Le Sénat n'a pas adopté

**Analyse par groupes politiques**

**Groupe Les Républicains (144)**

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, Mme Catherine Troendlé, présidente de séance

**Groupe SOCR (72)**

Contre : 72

**Groupe UC (51)**

Pour : 12

Abstentions : 4 – Mme Annick Billon, M. Michel Canevet, Mmes Élisabeth Doineau, Sonia de la Provôté

N'ont pas pris part au vote : 35 - MM. Jean-Marie Bockel, Philippe Bonhecarrère, Olivier Cadic, Vincent Capo-Canellas, Alain Cazabonne, Olivier Cigolotti, Vincent Delahaye, Bernard Delcros, Yves Détraigne, Mme Nassimah Dindar, M. Daniel Dubois, Mmes Françoise Férat, Catherine Fournier, Françoise Gatel, Nathalie Goulet, Sylvie Goy-Chavent, MM. Olivier Henno, Loïc Hervé, Jean-Marie Janssens, Mme Sophie Joissains, MM. Claude Kern, Michel Laugier, Nuihau Laurey, Jacques Le Nay, Mmes Valérie Létard, Anne-Catherine Loisier, MM. Hervé Marseille, Jean-Marie Mizzon, Jean-Pierre Moga, Mme Catherine Morin-Desailly, M. Gérard Poadja, Mmes Denise Saint-Pé, Lana Tetuanui, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Dominique Vérien

**Groupe LaREM (23)**

Contre : 23

**Groupe du RDSE (23)**

Pour : 10 - MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Yvon Collin, Mme Josiane Costes, MM. Ronan Dantec, Éric Jeansannetas, Mmes Mireille Jouve, Françoise Laborde, MM. Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Abstentions : 13

**Groupe CRCE (16)**

Contre : 16

**Groupe Les Indépendants (13)**

Pour : 13

**Sénateurs non inscrits (6)**

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 - Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

**Scrutin n°129** sur les amendements identiques n°1 rectifié *quater*, présenté par Mme Corinne Imbert et plusieurs de ses collègues, n°542 rectifié *quinquies*, présenté par M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues, et n°762 rectifié, présenté par M. Yves Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain, à l'article 2 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

#### **Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	327
Pour :	311
Contre :	16

Le Sénat a adopté

#### **Analyse par groupes politiques**

##### **Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, Mme Catherine Troendlé, présidente de séance

##### **Groupe SOCR (72)**

Pour : 72

##### **Groupe UC (51)**

Pour : 49

Abstentions : 2 - M. Michel Canevet, Mme Élisabeth Doineau

##### **Groupe LaREM (23)**

Pour : 23

##### **Groupe du RDSE (23)**

Pour : 11 - MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Yvon Collin, Mme Josiane Costes, MM. Ronan Dantec, Éric Gold, Éric Jeansannetas, Mmes Mireille Jouve, Françoise Laborde, MM. Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Abstentions : 12

##### **Groupe CRCE (16)**

Contre : 16

##### **Groupe Les Indépendants (13)**

Pour : 13

##### **Sénateurs non inscrits (6)**

Pour : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier