



ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Commission des affaires sociales

Rapport de M. Alain MILON, sénateur de Vaucluse

Rapport n° 524

Réunie le mercredi 22 mai 2019 sous la présidence de Gérard Dériot, vice-président, la commission des affaires sociales a examiné le rapport d'Alain Milon, président de la commission et rapporteur, et a établi son texte sur le projet de loi n° 404 (2018-2019) relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, adopté par l'Assemblée nationale et sur lequel le Gouvernement a engagé la procédure accélérée.

132 amendements ont été adoptés, dont 104 présentés par le rapporteur.

La commission a regretté que le contenu du projet de loi présenté au Parlement, qui renvoie largement à des ordonnances ou décrets ultérieurs, y compris sur des sujets essentiels, forme **davantage un cadre général d'orientations qu'une réforme structurante**, en n'abordant ni la question de la gouvernance du système de santé, ni celle de son financement. Si le texte, qui comportait initialement 23 articles, en compte 50 de plus à l'issue de son examen par l'Assemblée nationale, il est pour l'essentiel composé de mesures disparates, souvent déclaratoires, qui peinent à former un ensemble cohérent.

Tout en reconnaissant des inflexions positives, la commission s'est montrée **réservée quant à la capacité du projet de loi, à l'intitulé pourtant riche de promesses, à opérer une réelle transformation de notre système de santé**, alors que ce dernier a été décrit à juste titre comme « **à bout de souffle** » dans le diagnostic posé à l'issue de la « stratégie de transformation de notre système de santé » qui a constitué la genèse de ce texte.

Intervenant juste trois ans après la loi « Santé » de 2016 et s'inscrivant largement dans la continuité de ses objectifs et de ses outils, la loi qui sera définitivement adoptée par le Parlement ne pourra réussir sur le terrain qu'à la condition que la déclinaison réglementaire ou par voie d'ordonnances des réformes esquissées et les moyens associés soient véritablement à la hauteur des enjeux.

I. LA RÉNOVATION DES ÉTUDES DE SANTÉ : UNE RÉFORME ATTENDUE, UNE PORTÉE À NUANCER

La commission a **globalement souscrit à la philosophie de la réforme proposée**, qui repose sur une orientation progressive des étudiants et une meilleure prise en compte de leurs compétences et de leur parcours afin de diversifier les profils des futurs médecins.

Elle a cependant regretté le large renvoi fait au règlement et souligné que la **communication partiellement trompeuse** du Gouvernement sur cet aspect risque de faire de nombreux déçus.

S'agissant du premier cycle, l'accent est ainsi mis sur la suppression du *numerus clausus*. Or, les effectifs d'étudiants en études de santé continueront d'être contraints par les moyens universitaires, qui ne sont pas extensibles à l'infini, et les étudiants d'être sélectionnés.

La réforme n'aura pas d'effet à court terme sur la démographie médicale, le *numerus clausus* n'ayant au demeurant pas de lien avec la répartition territoriale des praticiens.

La commission a adopté des mesures visant à garantir la qualité de la loi en supprimant les dispositions inscrivant certains contenus de la formation des professionnels de santé dans la loi (**articles 2 bis, 3 bis A et 3 bis**).

À l'initiative du rapporteur pour avis de la commission de la culture, elle a affirmé la possibilité pour les étudiants en médecine de participer à des **programmes d'échanges internationaux (articles 2 et 2 bis)**.

II. SUR L'ORGANISATION DES CARRIÈRES EN SANTÉ, UN RENFORCEMENT DES INCITATIONS À L'INSTALLATION DES JEUNES PRATICIENS

Un autre ensemble de mesures éparses porte sur **l'organisation de la carrière des professionnels de santé**.

On y trouve un toilettage du contrat d'engagement de service public (CESP) proposé aux étudiants en médecine pour les inciter à s'installer en zones sous-denses (**article 4**), un élargissement de l'exercice en tant que médecin adjoint (**article 5**), une réforme de l'emploi hospitalier par ordonnance (**article 6**) ou encore la mise en place d'une procédure d'autorisation d'exercice temporaire visant à régler définitivement la situation des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) (**article 21**).

Soulignant la nécessité d'**encourager les jeunes praticiens à un ancrage rapide auprès d'un territoire** et d'une patientèle, la commission a adopté le principe d'une **incitation fiscale à l'installation des jeunes médecins** au sortir de leurs études (**article 4 bis**). Elle a également **limité l'exercice en remplacement à une période de trois ans** sur l'ensemble de la carrière des médecins diplômés (**article 4 ter**).

Tirant les conséquences de l'objectif de développement de l'exercice mixte des praticiens hospitaliers de l'article 6, la commission a par ailleurs étendu le principe d'une possible interdiction de leurs activités concurrentielles aux praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel (**article 6 bis A**).

S'agissant des Padhue, la commission s'est prononcée pour un **élargissement limité du dispositif d'autorisation d'exercice transitoire ad hoc par une révision des conditions d'exercice y donnant accès**. Elle a ainsi formulé la condition de présence en établissement hospitalier un jour donné sous la forme d'un intervalle de présence. Elle a également ouvert ce dispositif transitoire aux professionnels qui, faute d'avoir pu exercer dans un établissement de santé, auront accompli leur condition d'exercice dans le médico-social.

III. L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ : POUR UNE MEILLEURE ADÉQUATION DE L'OFFRE DE SOINS AUX BESOINS DES TERRITOIRES

• Sur le volet relatif à l'organisation territoriale de la santé, la commission a considéré que l'instauration d'un **projet territorial de santé (article 7)** allait dans le sens d'un décloisonnement indispensable des acteurs, tout en relevant que l'ajout de ce dispositif supplémentaire à un édifice déjà lourd ne participait pas d'une logique de simplification.

À l'initiative de son rapporteur, et afin de privilégier la souplesse indispensable à l'épanouissement des initiatives des acteurs de terrain, elle a **recentré le contenu de ce projet** sur les priorités de l'accès aux soins et de la continuité des prises en charge et a **assoupli les modalités de sa validation** par les ARS.

S'agissant des **hôpitaux de proximité (article 8)**, la commission a regretté que le projet de loi propose un **cadre encore très incomplet, laissant en suspens de nombreuses interrogations** quant au déploiement annoncé de ce modèle. Elle a précisé certaines des missions assignées à ces établissements ayant vocation à être « l'hôpital de la médecine de ville », pour insister sur la **nécessaire articulation avec l'offre libérale ambulatoire**.

À l'initiative de son rapporteur, la commission a modifié l'**article 10** visant à approfondir l'intégration au sein des **groupements hospitaliers de territoire (GHT)**, afin de privilégier les démarches de **volontariat** des établissements parties. Elle a ainsi considéré que l'hétérogénéité des situations ne devait pas conduire à imposer à tous un schéma homogène. Elle a également adopté un amendement de son rapporteur visant à souligner **l'inadaptation des modes de financement des investissements**, notamment immobiliers, des établissements de santé.

La commission a par ailleurs **renforcé les prérogatives du conseil de surveillance** des établissements de santé afin de consolider son rôle de pilotage stratégique (**articles 10 quater et quinquies**).

Elle a supprimé plusieurs dispositions introduites par l'Assemblée nationale dont elle a considéré la portée inopérante, notamment celles tendant à intégrer les parlementaires dans différentes instances locales (**articles 7 D, 10 ter et 19 bis A**).

Parallèlement, afin de **renforcer la place des élus dans le pilotage territorial de la santé**, la commission, à l'initiative de son rapporteur, a **renforcé le rôle du conseil de surveillance des ARS, rééquilibré sa composition et confié sa présidence à un élu local**, suivant des propositions d'un rapport de la Mecss (**article 19 bis AA**).

- Quant aux diverses mesures introduites par l'Assemblée nationale sur **l'articulation des compétences des professionnels de santé**, la commission a confirmé et précisé plusieurs des avancées proposées. Elle a complété ces dispositions pour autoriser la désignation d'un **infirmier référent (article 7 ter A)**.

Elle a enfin privilégié la prise en main de l'accès au médecin traitant par les professionnels de santé eux-mêmes dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en supprimant l'**article 7 septies**.

IV. UNE NOUVELLE AMBITION POUR LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Sur le volet relatif à la transformation numérique du système de santé, la commission a confirmé l'élargissement proposé par l'**article 11** du périmètre des données de santé versées au système national des données de santé (SNDS), qu'elle a enrichi **en y incluant les données issues du groupe iso ressources (GIR)** des personnes âgées dépendantes.

Elle s'est félicitée de la création, à l'**article 12**, d'un **espace numérique de santé (ENS)** permettant à l'utilisateur de disposer sur un portail unique de l'ensemble des services, outils et informations relatifs à la gestion de son parcours de soins et au suivi de son état de santé.

Dans l'ambition de faire de l'ENS et du dossier médical partagé les leviers de la coordination des parcours de soins, elle a adopté des amendements tendant à **rendre automatique l'ouverture de ces outils** pour l'ensemble des usagers du système de santé, tout en ménageant la possibilité pour la personne concernée de faire valoir son droit d'opposition.

Elle a également conforté les obligations des autorités publiques en matière d'**accessibilité de l'ENS** pour les personnes éloignées des usages numériques, et préservé la possibilité pour les mineurs de ne pas voir inscrites dans leur espace les données relatives à une prise en charge dans le cadre d'un parcours de santé sexuelle et reproductive.

A l'initiative de son rapporteur, la commission a par ailleurs **renforcé les exigences d'interopérabilité applicables au secteur du numérique en santé** en instituant un **mécanisme de certification**, à l'initiative des éditeurs, de la conformité des systèmes d'information et services et outils numériques en santé aux référentiels d'interopérabilité (**article 12 A**).

Afin d'accompagner les acteurs dans la mise en conformité progressive de leurs outils, elle a prévu la mise en place dans un délai de deux ans de **deux instruments à visée incitative** :

- l'attribution de fonds publics au titre de la conception, de l'acquisition ou du renouvellement de logiciels en santé sera conditionnée à l'obtention d'un certificat d'interopérabilité ;

- des engagements en matière d'acquisition de logiciels interopérables seront intégrés dans les outils de contractualisation entre les ARS et les professionnels et établissements de santé.

V. UN ENSEMBLE DISPARATE DE MESURES DE SÉCURISATION, DE SIMPLIFICATION ET DE RATIFICATION D'ORDONNANCES

Les titres IV et V du projet de loi se composent d'un ensemble disparate de mesures.

Celles-ci prévoient la ratification de nombreuses ordonnances (**articles 15, 22 et 23**), d'autres habilitations à légiférer par ordonnance (**article 19**), ou encore complètent les dispositifs de réponse aux situations sanitaires d'urgence en renforçant la planification sanitaire au niveau régional (**article 20**).

Parmi les diverses mesures de simplification proposées, on peut noter un assouplissement de la procédure d'autorisation des projets d'extension et de transformation d'établissements et services médicaux sociaux pour les gestionnaires signataires de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (**article 18**).

La commission a **supprimé, suivant sa position habituelle, des demandes de rapport** à la portée rarement opérante quelle que soit l'importance des sujets abordés.

Elle a ajusté plusieurs dispositions relatives aux ordres des professions de santé (**article 23**) et a associé ces derniers à la définition des protocoles de coopération (**article 19 ter**).

Sur le volet outre-mer, elle a suivi une demande exprimée à plusieurs reprises dans ces territoires en **étendant le dispositif d'accès dérogatoire à l'autorisation d'exercice de la médecine déjà en vigueur en Guyane (article 21 bis)**. La possibilité de recours à un médecin ressortissant d'un pays non membre de l'Union européenne vise à répondre à l'insuffisante densité médicale.



Commission des affaires sociales
<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>
 15 rue de Vaugirard – 75291 Paris Cedex 06
 01 42 34 20 84 – secrétaires.affaires-sociales@senat.fr

Alain MILON
 Rapporteur
 Sénateur de Vaucluse
 (Groupe Les Républicains)



Le présent document et le rapport complet n° 524 (2018-2019) sont disponibles sur le site du sénat : <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pj18-404.html>