

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires culturelles et de l'éducation

- Examen pour avis du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (M. Gaël Le Bohec, rapporteur)2
- Présences en réunion..... 24

Lundi

11 mars 2019

Séance de 17 heures 10

Compte rendu n° 38

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

**Présidence de
M. Bruno Studer,
*Président***



COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES ET DE L'ÉDUCATION

Lundi 11 mars 2019

La séance est ouverte à dix-sept heures dix.

(Présidence de M. Bruno Studer, président de la Commission)

La commission des Affaires Culturelles et de l'Éducation examine pour avis les articles 1^{er} et 2 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (M. Gaël Le Bohec, rapporteur).

M. le président Bruno Studer. Nous sommes réunis aujourd'hui pour examiner l'avis que notre commission a souhaité donner sur les articles 1^{er} et 2 du projet de loi relatif à l'organisation et la transformation du système de santé. Ces dispositions relèvent en effet des compétences de notre commission puisqu'elles concernent la réforme des études de santé.

Je tiens à saluer le travail conduit par notre rapporteur Gaël Le Bohec, qui a procédé dans des délais contraints à de nombreuses auditions et nous proposera tout à l'heure quelques amendements destinés à améliorer le texte sur le sujet qui nous intéresse.

Je rappelle enfin que ce projet de loi sera examiné dès demain après-midi par la commission des Affaires sociales et qu'il est inscrit en séance publique à partir du lundi 18 mars.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. La commission des Affaires culturelles et de l'Éducation s'est saisie pour avis des articles 1^{er} et 2 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui concernent très directement son champ de compétences et, en particulier, l'enseignement supérieur.

Je ferai un bref rappel de ce que sont les études de santé et de médecine aujourd'hui : une première année commune aux études de santé (PACES) regroupe les quatre filières que sont la médecine, l'odontologie, la pharmacie et la maïeutique, et débouche sur un concours qui permet à un peu plus de 20 % des étudiants inscrits de poursuivre des études dans l'une de ces filières.

Ce concours est assez difficile, puisqu'il faut, dans deux tiers des cas, redoubler pour l'obtenir. Si vous échouez, une réorientation souvent brutale est nécessaire ; si vous réussissez, il vous faudra néanmoins, dans la filière médecine, passer un second examen, dit « épreuves classantes nationales » (ECN), à l'issue des six premières années sanctionnées par un diplôme de niveau master.

Le classement à ce second concours détermine le lieu et la spécialité de l'internat qu'effectuera l'étudiant : il occupe donc aujourd'hui une place primordiale dans le cursus et joue un rôle déterminant dans l'orientation professionnelle.

Ces deux concours visent à classer et à hiérarchiser, plus qu'à valider les compétences adéquates et à motiver les étudiants à devenir médecins. Non seulement ces épreuves couperets ne contribuent pas au bien-être des étudiants, mais les volumes de professionnels de santé formés chaque année dans nos universités le sont au prix d'un enseignement largement déshumanisé – les étudiants en PACES n'ont pas de travaux dirigés

et peuvent, si l'on pousse jusqu'à la caricature, faire l'intégralité de leur cursus à distance, derrière un ordinateur – et entièrement tourné vers l'accumulation de connaissances dont on peut se demander si elles sont toutes indispensables à ce stade des études.

Par ailleurs, le système conduit à l'éviction d'excellents bacheliers. Ainsi, ils ne sont pas moins de 70 % d'entre eux à perdre deux années sur les bancs des facultés de médecine, pour finalement reprendre, en première année, des études dans une autre filière qui n'a rien à voir avec la médecine.

Il est enfin profondément inégalitaire et contribue à rehausser les barrières psychologiques qui empêchent certains étudiants, pourtant talentueux mais issus de milieux défavorisés ou en situation de handicap, de se rêver médecins. Toutes les familles n'ont en effet pas les moyens de soutenir leurs enfants dans les études de médecine, qui se révèlent une impasse pour un grand nombre d'étudiants, notamment à l'issue de la deuxième année.

Ces critiques sont connues, et le législateur a d'ores et déjà contribué à y remédier en créant plusieurs types d'expérimentations : le Pluripass, l'AlterPACES, la PACES adaptée, autant de dispositifs dont l'idée est de passer d'un système à entrée et sortie uniques à un système beaucoup plus ouvert, à entrées et sorties multiples. Il s'agissait, au travers de ces expérimentations, d'accueillir des étudiants d'horizons variés et de leur permettre également de se tourner vers d'autres horizons en cas d'échec.

Les dispositions de l'article 1^{er} du projet de loi tirent les conclusions de ces expérimentations pour transformer un dispositif de sélection par l'échec en un dispositif d'orientation et de réussite. Ainsi plusieurs voies d'accès sont-elles prévues pour les études de santé ; plusieurs voies de sortie aussi, en cas d'échec. Le redoublement est supprimé, mais tous les étudiants conserveront deux chances d'accéder aux études de santé, tout en progressant dans leur cursus universitaire, sans perte des années acquises.

Tous les acteurs que nous avons rencontrés sont très favorables à ce principe et à cette réforme particulièrement ambitieuse, notamment parce qu'elle a un caractère systémique : ce ne sont pas simplement les études de santé qui sont touchées, mais bien l'ensemble des licences proposées par les universités.

Certaines facultés pourront très facilement mettre en œuvre cette réforme, notamment lorsqu'elles ont déjà embrassé les expérimentations ; d'autres auront plus de difficultés, en particulier lorsque leur filière santé pèse beaucoup plus que les autres licences. C'est la raison pour laquelle le texte proposé par le Gouvernement est très souple : la mise en œuvre de la réforme nécessitera de faire du sur-mesure et de s'adapter à chaque université.

Pour aller dans ce sens, je proposerai un amendement ayant pour objet de donner aux universités l'initiative de la diversification des voies d'accès à la deuxième et à la troisième année du cycle de formation en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique. Cet amendement propose que soient fixés par décret les objectifs de cette diversification.

Les ambitions sont en tout cas partout les mêmes : diversifier les voies d'accès aux études de santé pour recruter des profils qui correspondent à ce que l'on attendra demain de ces professionnels ; éviter le gâchis humain en permettant aux étudiants de mieux anticiper l'avenir.

Loin de rétrécir l'horizon des étudiants, la réforme entend l'élargir en leur permettant, par exemple, de poursuivre une majeure en sciences sociales et une mineure en

santé, le temps qu'ils développent leurs compétences et optent, le cas échéant, pour un cycle à dominante santé. Il s'agit également de favoriser les passerelles et d'organiser une spécialisation progressive des étudiants afin d'encourager le dialogue entre les étudiants des différentes filières, qui se côtoieront durant leurs études mais surtout tout au long de leurs carrières. La construction de ces liens entre les différents professionnels de santé ne peut être que profitable à tous.

Au-delà, cette réforme poursuit un objectif qui n'est pas inscrit en tant que tel le projet de loi mais qui sera rendu nécessaire par les annonces faites par le Président de la République et le Gouvernement concernant l'augmentation du nombre de médecins formés. Les capacités d'accueil des centres hospitaliers universitaires (CHU) étant limitées, il faudra bien trouver de nouveaux terrains de stages pour nos internes : en centre hospitalier, en maison de santé, en ambulatoire, ou encore en zone rurale.

Je vois là un formidable moyen de remédier à la désertification car, lorsqu'on permet aux étudiants de découvrir d'autres réalités que celles des CHU et de se projeter dans d'autres pratiques et dans d'autres lieux, il y a tout lieu de penser que des vocations peuvent naître pour ces autres façons d'exercer la médecine. Dans cette perspective, il m'est d'ailleurs apparu nécessaire de déposer un amendement à l'article 1^{er} pour réaffirmer que la problématique de la répartition optimale des futurs professionnels devait être prise en compte dès leur formation.

Cette réforme est donc particulièrement structurante, pour l'université comme pour le système de santé. Même si tous les acteurs – présidents d'université, doyens de santé, étudiants – y sont favorables, sa réussite est conditionnée à un certain nombre de facteurs.

En premier lieu, la réforme doit être comprise par les principaux intéressés : on passe en effet d'un système très simple à un dispositif pluriel, plus difficile à appréhender, comme le montrent les schémas que j'ai inclus dans mon rapport. Il faudra donc que l'information soit correctement diffusée au sein des lycées, et que les responsables de l'orientation comprennent bien toutes les subtilités du nouveau système.

En second lieu, elle doit être pleinement acceptée par la communauté universitaire, certaines licences pouvant craindre de perdre leurs meilleurs éléments au profit des études de santé ou éprouver des difficultés matérielles à accueillir plus d'étudiants. Pour que tous jouent le jeu, il me semble souhaitable que le dispositif législatif soit un peu plus contraignant, notamment par la fixation d'objectifs, quantitatifs et qualitatifs, de diversification des voies d'accès.

Enfin, la réussite de la réforme passe par une rénovation de la pédagogie, notamment en première année. Si l'on veut améliorer le bien-être étudiant et faire de cette année une année non pas de sélection mais d'apprentissage, il faudra profondément réformer les modalités actuelles d'enseignement, ce qui nécessitera, dans la plupart des cas, des moyens humains et financiers supplémentaires. Il sera nécessaire, comme je l'ai dit précédemment, de s'assurer de la création de mineures santé sur l'ensemble du territoire, et pas uniquement associées à des majeures scientifiques mais, par exemple, à des majeures comme les sciences économiques, le droit ou le sport. Je suis assez confiant, car les volontés sont là.

Je suis encore plus confiant concernant les dispositions proposées par l'article 2, qui ne concernent cette fois que les études de médecine et qui recueillent, là encore, l'assentiment de tous. Ces dispositions suppriment les ECN, qui permettent à tous ceux qui les passent

d'être classés et d'avoir un poste d'internat, à partir de l'évaluation, non de leurs compétences, mais d'une somme de connaissances.

Le nouveau système proposé s'articule autour de trois axes : l'obtention d'une note minimale ouvrant les portes de l'internat ; de nouvelles épreuves évaluant les compétences, par exemple, par le biais de simulations ou de travaux pratiques ; la prise en compte du parcours de l'étudiant et de son projet professionnel pour son affectation dans une spécialité et un territoire donnés, ce qui doit permettre une orientation progressive et personnalisée de l'interne vers la spécialité qui lui convient le mieux.

Sur ce point, j'ai estimé qu'il était important que le parcours des étudiants en médecine puisse s'effectuer partout sur le territoire : j'ai donc déposé un amendement pour que les internes réalisent au cours de leur troisième cycle une formation pratique dans des zones sous-denses.

Parce que le projet de loi ouvre de nouvelles perspectives pour les étudiants en médecine, il m'a également semblé nécessaire de garantir que les études de médecine, qui sont paradoxalement aujourd'hui parmi les plus discriminantes sur la question du handicap, soient accessibles à tous les étudiants, y compris aux étudiants en situation de handicap. J'ai donc déposé un amendement en ce sens.

C'est en définitive une évolution fondamentale des études de santé qui est proposée par le Gouvernement ; elle aura des répercussions importantes sur l'efficacité du système universitaire, comme sur le système de santé.

Mme Anne Brugnera. Par ce projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, le Gouvernement a souhaité rénover, moderniser et décloisonner la formation initiale et continue des professionnels de santé.

Nous sommes saisis pour avis sur les articles 1^{er} et 2, qui concernent, d'une part, la première année commune aux études de santé en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique et le concours qui la clôture, et d'autre part l'accès au troisième cycle qui se fait aujourd'hui aux travers des ECN.

Notre système de formation est actuellement extrêmement sélectif du fait de ces deux concours, le premier en fin de première année, réussi la plupart du temps après un redoublement mais qui élimine de nombreux candidats, le second en fin de second cycle, qui classe les futurs internes et détermine les modalités de leur internat.

Ce système génère du stress et favorise le bachotage. Comme l'a récemment montré un film, il abîme nos jeunes. Le cursus, très spécialisé, rend la réorientation de ceux qui échouent complexe et souvent douloureuse, sans leur offrir de réelles possibilités de faire fructifier ailleurs ce qu'ils ont acquis sur les bancs de la faculté de médecine. Les débats sur la loi du 8 mars 2018 relative à la réussite et à l'orientation des étudiants ont montré ce que la PACES engendrait comme échecs et à quel point une diversification des parcours était nécessaire. Aussi sommes-nous très confiants dans la réforme proposée, qui permettra de diversifier l'origine de nos futurs médecins et professionnels de santé, ainsi que leurs motivations et leur cursus, en ne les sélectionnant plus par concours après le bac, mais grâce à un système d'orientation progressive.

L'article 1^{er} entérine la suppression du *numerus clausus* et du concours de fin de PACES. Il diversifie les parcours de formation en y intégrant des compétences plus larges, mieux adaptées à l'évolution des besoins de la population et permettant aux futurs médecins et professionnels de santé de mieux gérer, au-delà des aspects techniques et éthiques, les nombreuses contraintes – économiques et managériales – de leur futur métier.

Les capacités d'accueil en deuxième année seront déterminées par les universités, après avis conforme de l'agence régionale de santé (ARS). Cette seconde année sera sélective, sanctionnée par la validation d'un parcours de formation antérieure et par des épreuves de fin d'année. Des mesures transitoires sont prévues pour les étudiants entrés dans le cursus avant la mise en place de la réforme.

L'article 2 remplace les ECN par une sélection sur dossier prenant en compte les résultats obtenus aux épreuves du deuxième cycle, mais également le parcours de l'étudiant et son projet professionnel. Il s'agit d'éviter une nouvelle course d'obstacles et de valoriser les compétences acquises et le projet médical du futur professionnel.

Cette réforme devrait s'appliquer en 2021-2022, mais nous avons déposé un amendement pour la décaler d'un an, afin de mieux la préparer.

Plusieurs doyens et collègues demandent l'instauration d'un portail de santé en lieu et place de la PACES – c'est notamment ce que préconise le rapport du professeur Saint-André. Si nous comprenons l'esprit de cette proposition, nous préférons ne pas l'inscrire dans la loi, craignant que cela ne fige la réforme plutôt que d'ouvrir les possibles, notamment la diversification des profils étudiants. L'ambition de notre groupe est en effet toujours la même : ouvrir les possibles à nos jeunes, leur permettre de faire leurs propres choix éclairés et de réussir, afin d'entrer dans la vie active, forts de leur potentiel et de leurs envies, et non plus après avoir essuyé de trop nombreux échecs, comme c'est souvent le cas aujourd'hui dans nos études de santé.

Nous sommes donc très favorables à ce projet de loi et aux amendements proposés par notre rapporteur. En revanche, nous en rejeterons d'autres, qui concernent davantage la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants qui vient d'être adoptée.

Je souhaitais enfin, pour conclure, vous interroger, monsieur le rapporteur, sur la question de l'adéquation entre les besoins territoriaux en professionnels de santé et les capacités de formation : comment voyez-vous l'organisation de cette adéquation à l'échelle locale entre administration et universités ?

M. Maxime Minot. Si notre commission est saisie pour avis sur les deux premiers articles seulement de ce projet de loi, il y a déjà beaucoup de choses à dire, tant sur la méthode que sur le fond. Car, si réformer les études de médecine apparaît comme une absolue nécessité pour répondre notamment à la pénurie de médecins qui frappe en particulier nos territoires ruraux, confrontés à une désertification médicale dramatique, ces deux premiers articles ont en commun de renvoyer à des décrets d'application pour le moins assez flous. Ainsi, plutôt que de présenter un projet solide, clair et abouti au Parlement, le Gouvernement préfère le manque de transparence et la précipitation, d'où le défaut de cohérence et de préparation des mesures proposées.

En ce qui concerne le premier article, vous vous targuez de supprimer le *numerus clausus* : ce serait une bonne chose si c'était vrai, mais le projet de loi prévoit en réalité que le

nombre de médecins formés dans chaque université sera déterminé par les établissements eux-mêmes et les ARS, en fonction de leurs capacités et des besoins du territoire.

En outre, nous constatons que rien, à ce jour, n'est prévu ni pour que les universités puissent adapter leurs capacités d'accueil à l'arrivée de nouveaux élèves, alors que la plupart des amphithéâtres sont déjà pleins, ni pour financer le recrutement de nouveaux professeurs.

De même, le projet de loi se fonde sur les besoins et les capacités répertoriés aujourd'hui, alors qu'il s'agit de répondre à ce que sera la demande dans une dizaine d'années, demande dont nous ne savons pas à quoi elle ressemblera.

Enfin, l'étude d'impact se borne à résumer le dispositif, sans traiter réellement de la question de l'accessibilité de la santé dans les territoires.

Quant au deuxième article, il tombe dans les mêmes travers : il propose une suppression des ECN, pour faire reposer la procédure d'affectation sur un ensemble de critères associant les connaissances et les compétences des étudiants, sauf que la méthode précise de la nouvelle évaluation des étudiants nous est encore inconnue à ce jour.

Permettez-moi enfin d'exprimer un regret : si le Gouvernement s'attèle à réformer les études de médecine, il ne propose rien pour revaloriser et rendre plus attractifs les métiers de santé. D'où notre scepticisme, malgré les bonnes orientations de ce projet de loi. Nous comptons donc sur vous pour prendre le temps de légiférer sereinement et ne pas exiger de notre part que nous accordions un blanc-seing et toujours davantage de pouvoirs à une administration dont la responsabilité dans la crise actuelle est largement engagée. Ce serait contraire à ce qu'attendent nos compatriotes, et contraire à l'intérêt des patients, des personnels et des professionnels de santé.

Mme Nadia Essayan. Nous sommes saisis pour avis du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui vient concrétiser les mesures du plan « Ma santé 2022 » présenté par le Président de la République en septembre 2018.

Il y avait urgence à agir tant les défis qui se posent à notre système de santé sont nombreux. Si nous pouvons nous enorgueillir de ce qu'il reste l'un des plus performants au monde, il nous importe aussi de pouvoir l'améliorer et de le rendre plus efficace pour qu'il réponde aux attentes de nos concitoyens.

À cet égard, nous avons pu constater, tout au long des rencontres que nous avons effectuées à l'occasion du grand débat national, que les thématiques de santé étaient au cœur des préoccupations des Français. Ils font un constat largement partagé et que nous devons entendre, celui de l'éloignement de plus en plus prononcé de l'accès aux soins, et aux soins de qualité.

Je n'entrerai pas ici davantage dans les détails qui seront approfondis par la commission saisie au fond, me bornant à souligner combien la question de la formation, pour laquelle notre commission est saisie, est essentielle.

L'accès au premier cycle des études de santé et la question du *numerus clausus* sont des éléments déterminants de toute politique de santé. Or le système dont nous héritons, s'il a pu trouver sa justification par le passé, souffre désormais de plusieurs limites : la couverture du besoin en professionnels de santé et leur répartition sur le territoire ; l'inefficacité de notre système de formation, qui envoie un grand nombre d'étudiants vers des filières à débouché

faible ; des critères de sélection du concours parfois éloignés des compétences attendues dans le monde professionnel.

Ce sont autant de points que le projet de loi entend légitimement réformer. Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés s'interroge néanmoins sur le rôle central donné aux ARS et sur le risque d'une hyper-administration du système, très souvent mis en exergue. Partant de principe que l'aménagement du territoire est une compétence des collectivités, nous souhaitons plutôt permettre aux territoires de proposer des initiatives en cohérence avec leurs besoins, et l'organisation proposée ne nous paraît pas à ce titre la plus pertinente ; elle mériterait en tout cas d'être revue.

Ce constat vaut également pour la formation, puisque ce sont, là encore, les directions générales des ARS et les universités qui gardent la main sur l'attribution des places disponibles pour les études médicales.

Si nous saluons les mesures annoncées, comme la suppression de la première année commune aux études de santé ou la diversification des voies d'accès aux études de santé, nous regrettons que le projet de loi n'aille pas au bout de cette logique.

De même, il nous paraît important d'accroître le nombre de stages proposés dans les établissements privés ainsi qu'auprès des praticiens libéraux, de manière à renforcer la connaissance du secteur privé et de la médecine libérale, où nombre d'étudiants seront amenés à pratiquer. C'est aussi, pour l'ensemble des professionnels de santé, la possibilité de mener des carrières mixtes. Notre groupe portera des amendements en ce sens en commission des Affaires sociales.

La réforme proposée nous paraît marquer un tournant important et nécessaire pour réformer en profondeur les bases de notre système santé en s'appuyant sur une forte volonté politique. Elle nous semble cependant encore inaboutie dans ses contours, et nous attendons beaucoup des débats qui s'amorcent pour parvenir à un texte applicable rapidement et qui réponde précisément aux besoins actuels. Dans cette perspective, le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés souhaite que nous puissions avancer de manière transpartisane sur toutes les questions évoquées.

Mme Frédérique Dumas. Notre commission s'est saisie pour avis des deux premiers articles du projet de loi, qui ont trait à la réforme des études de santé. Nous nous en félicitons parce que ces deux articles sont la principale raison pour laquelle notre assemblée examine ce projet de loi, qui aurait aussi bien pu s'intituler « projet de loi portant réforme des études en santé ».

Cependant, notre groupe a déjà eu l'occasion de dire combien il regrettait la rapidité avec laquelle vous avez procédé pour permettre à cette réforme des études de santé d'entrer en vigueur à la rentrée universitaire 2019.

En conséquence, au motif d'une concertation avec les acteurs – par ailleurs légitime –, vous avez fait le choix de légiférer par ordonnances sur des sujets aussi majeurs que l'organisation des soins, la réforme de la carte hospitalière ou la refonte des groupements hospitaliers de territoire. Nous regrettons ce choix et souhaitons évidemment être associés à l'élaboration des ordonnances. À notre sens, la consultation des uns n'aurait pas dû avoir pour conséquence de ne pas respecter le rôle des autres, en l'occurrence celui du Parlement, au risque d'abîmer encore davantage la démocratie représentative.

Enfin, pour transformer, il faut prendre le temps de partager les objectifs au lieu d'agir, une fois encore, dans la précipitation : or, vous le savez, les mêmes causes produisent les mêmes effets, c'est-à-dire les mêmes blocages.

Cela étant dit, l'article 1^{er} vise à supprimer le *numerus clausus*. Nous y sommes favorables, même si c'est moins l'outil lui-même que son utilisation par les pouvoirs publics ces dernières décennies qui a provoqué l'actuelle pénurie de médecins dans le secteur libéral, conséquence d'années de gestion à courte vue de la démographie médicale.

La suppression de la PACES et des modalités de sélection à l'entrée des études en santé nous semble également aller dans le bon sens, tant le système actuel et la sévère concurrence qu'il génère sont porteurs d'échecs et de découragement pour les étudiants, qui perdent parfois deux ans d'études. La PACES était d'ailleurs de plus en plus contournée, perdant sa vocation première de voie unique pour les études en santé.

La suppression des ECN et les dispositions proposées par l'article 2 peuvent également s'entendre, tant les ECN pouvaient légitimement prêter le flanc aux critiques, celles notamment de focaliser l'attention des étudiants, tout au long du second cycle, sur la mémorisation des informations nécessaires à la réussite aux ECN, de ne pas prendre en compte les réels besoins en santé des territoires, ou encore de favoriser le choix des spécialités hospitalières les plus rémunératrices par l'immense majorité des étudiants.

Il nous paraît essentiel d'intégrer davantage de modules et d'enseignements communs dans la formation des professionnels de santé. Nous serons d'autant plus vigilants sur ces points que, pour faire de l'exercice coordonné et du partage des tâches une réalité effective, il faut que nos médecins et nos pharmaciens se parlent et se connaissent davantage ; cela commence sur les bancs de l'université.

Toutefois, la question de la subjectivité et de l'opacité des jurys se pose, là où les examens en fin de PACES et lors des ECN garantissaient une relative neutralité. Par ailleurs, alors que 10 % seulement des jeunes médecins choisissent de s'installer en libéral, le projet de loi reste également étrangement muet sur la question, pourtant centrale, des stages à l'extérieur de l'hôpital, alors que cela devrait constituer une piste privilégiée pour ouvrir l'horizon des étudiants, favoriser le développement de la pratique libérale et en finir enfin avec cette vision hospitalo-centrée du cursus médical, désastreuse pour l'organisation des soins.

Rien n'est dit sur la capacité des universités à former 20 % d'étudiants supplémentaires ; rien non plus sur les enjeux de démocratie sanitaire. On se prive, dans la détermination des besoins de santé, de l'avis des conseils de l'ordre, mais aussi des usagers ou des élus locaux, au profit d'une mainmise des ARS.

Notre groupe est néanmoins prêt à vous accompagner dans l'amélioration de ce texte et proposera plusieurs modifications, dont nous espérons qu'elles rencontreront un écho favorable.

Mme Muriel Ressiguié. Le système de santé de notre pays est aujourd'hui malade des politiques de réorganisation menées depuis quarante ans, souvent au nom de considérations budgétaires. Le projet de loi que nous examinons poursuit la même logique.

Si nous sommes plutôt favorables aux articles 1^{er} et 2, nous pensons que le voile doit être déchiré sur la réalité de la santé publique en France. Depuis quatre ans, l'espérance de vie

stagne dans notre pays : 79,4 ans pour les hommes, 85,3 ans pour les femmes. La France est par ailleurs mal classée en Europe en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé. Ainsi les hommes vivaient-ils en moyenne, en 2016, dix mois de moins en bonne santé dans notre pays que dans le reste de l'Europe : 62,7 ans, contre 63,5 ans en Europe.

La répartition de l'offre de soins est inégalitaire. Le nombre de médecins généralistes a diminué de 8,4 % entre 2007 et 2016, affectant tout particulièrement le service public hospitalier. Selon les chiffres de la direction de la recherche, des études et de l'évaluation en santé (DREES), les restructurations ont conduit à ce que le nombre de sites hospitaliers publics chute de 7 % en cinq ans.

Pourtant, la préservation de l'hôpital public devait être la priorité des politiques de santé, pour éviter qu'il ne sombre pas dans des logiques marchandes. Hélas il n'en est rien, et votre projet de loi s'inscrit dans une logique favorisant l'hôpital-entreprise, qui met au second plan les conditions d'accueil des patients. Vous favorisez d'ailleurs, de manière incompréhensible, les établissements privés à but non lucratif, en leur octroyant un délai supplémentaire de trois ans pour se mettre en conformité avec le code de la santé publique, dans ses dispositions sur les dépassements d'honoraires.

Si nous nous accordons parfois sur la réalité d'un système de santé qui s'essouffle et se trouve au bord de l'explosion, les conclusions que nous en tirons sur les politiques à mener sont différentes. Vous avez ainsi l'intention, par la création d'un statut unique de praticien hospitalier, de supprimer le concours et d'accroître le recours aux contractuels dans le milieu hospitalier. Vous projetez également de redéfinir par ordonnance les missions et la gouvernance des hôpitaux de proximité : nous ne pouvons passer sous silence l'extraordinaire latitude que vous donnez ainsi au Gouvernement pour organiser cette rationalisation des hôpitaux de proximité, nouveaux avatars des anciens dispensaires, qui devrait se traduire en certains endroits par des services de moindre qualité, voire la disparition de structures, faute de médecins.

Et que dire des mesures de mutualisation incluses à l'article 10 du projet de loi, qui visent à renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire ? Là encore, le service public de santé se fait plus rare et plus éloigné des populations.

Enfin, les enjeux essentiels sont délibérément occultés par votre projet de loi, mais La France insoumise les défendra lors des discussions à venir. L'épuisement des professionnels de santé lié au manque d'effectifs, en particulier dans l'hôpital public, est patent. La question des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de la misère des professionnels et du traitement des personnes âgées, ainsi que de la concurrence effrénée des établissements, qui acte la défaite du secteur public, doit être abordée. Sans parler de la politique de prévention, qui ne peut être dissociée de l'organisation du système.

Nous resterons donc très vigilants, afin de promouvoir un système de santé conforme aux réels besoins de la population, égalitaire et accessible.

Mme Jacqueline Dubois. Avant tout, je voudrais vous remercier, monsieur le rapporteur, pour les informations contenues dans votre rapport.

Il est prévu que les modalités d'affectation et de réorientation en ce qui concerne les postes ouverts par spécialité et par CHU pour l'entrée en deuxième cycle des études de

médecine soient déterminées par décret en Conseil d'État. Selon l'étude d'impact, la suppression des ECN représente une mesure forte en faveur de l'amélioration du bien-être étudiant et ceci est particulièrement satisfaisant. L'affectation prendra en compte les résultats aux épreuves, le parcours de formation et le projet professionnel des étudiants.

Monsieur le rapporteur, vous proposez de remplacer les ECN par un système en vigueur dans les pays anglo-saxons, selon lequel l'étudiant est sélectionné par la structure hospitalière susceptible de l'accueillir. Alors que cette réforme semble comporter des avantages, des étudiants consultés y voient la possibilité de discrimination ou de reproduction sociales, autrement dit de favoritisme. Comment se prémunir de ce risque pour garantir le traitement objectif des affectations ?

Quelles seront les modalités d'accompagnement de ceux qui souhaiteraient se réorienter soit parce qu'ils n'ont pas obtenu une spécialité en adéquation avec leurs projets, soit parce qu'ils se sont trompés ?

Mme Sylvie Charrière. Tout d'abord, je veux vous remercier, monsieur le rapporteur, pour la qualité et la richesse de votre rapport.

La réforme des études de santé, attendue depuis de nombreuses années, sera un levier essentiel pour améliorer la formation des professionnels de santé et assurer une meilleure adéquation entre le nombre de personnes formées et les besoins des territoires. Je me réjouis de voir le Gouvernement et notre majorité s'emparer de ce serpent de mer et proposer des solutions concrètes.

Même progressive, la réforme va nécessairement provoquer un afflux de nouveaux étudiants qu'il faudra former, accompagner et encadrer durant un cursus long qui comprend un grand nombre d'enseignements théoriques et pratiques, et ce dès la deuxième année. Or les stages actuels des jeunes médecins se font quasi exclusivement au sein des CHU, dans des conditions non optimales pour leur apprentissage du métier. Certains étudiants nous ont ainsi décrit des situations difficiles durant lesquelles ils étaient dix étudiants, parfois même davantage, autour d'un même patient. La question de la gestion du flux d'étudiants, en particulier lors de la période de stage, est essentielle.

Le statut de maître de stage universitaire (MSU) permet aux médecins généralistes de transmettre leur savoir en accueillant des étudiants en médecine dans leur cabinet et en les impliquant dans la pratique du quotidien. Ne peut-on pas répondre à cet afflux en encourageant les praticiens à solliciter un statut de MSU ? Le fait de promouvoir et d'assouplir ce statut pourrait avoir un triple effet bénéfique. Tout d'abord, cela contribuerait à diversifier l'offre de stage, ce qui serait une solution à l'afflux futur de nouveaux étudiants qui ne pourront pas être tous reçus dans des CHU dont les capacités d'accueil sont limitées. Ensuite, cela permettrait d'encourager le choix de la médecine générale et les zones sous-denses. Après avoir effectué leur stage en zones sous-denses, certains étudiants pourraient se découvrir une vocation. Enfin, cela donnerait l'opportunité de mieux adapter les compétences des futurs médecins en valorisant les aptitudes humaines et sociales sans se focaliser uniquement sur les connaissances cliniques.

Une telle facilitation devrait néanmoins s'accompagner d'un renforcement du développement professionnel continu afin de s'assurer d'une mise à jour effective des compétences des praticiens accueillant des stagiaires.

M. Éric Poulliat. À mon tour, je voudrais remercier le rapporteur pour son travail.

Pour ma part, j'aimerais revenir sur l'article 2 qui prévoit deux conditions cumulatives pour que les étudiants en médecine français, ayant mené tout ou partie de leurs études en premier et deuxième cycle dans un État membre de l'Union européenne, puissent intégrer le troisième cycle en France. Premièrement, ils doivent avoir validé une formation médicale de base au sens de l'article 24 de la directive 2005/36/CE dans un État membre de l'Union européenne. Dans les faits, cela signifie qu'ils ont fait au moins six ans d'études représentant 5 500 heures d'enseignement théoriques et pratiques dans une université ou sous la surveillance d'une université. Deuxièmement, ils doivent avoir obtenu une note minimale à des épreuves permettant d'établir qu'ils ont acquis les connaissances et compétences suffisantes.

Ces modalités seront fixées par décret en Conseil d'État mais j'aimerais vous interroger sur ces deux conditions. En ce qui concerne la définition de la formation médicale de base, pourquoi ne pas utiliser les crédits ECTS – *European Credits Transfer System* – qui sont largement reconnus ? Nous connaissons tous le bénéfice que peuvent tirer les étudiants d'un séjour à l'étranger pour parfaire leur formation. L'utilisation de ce dispositif profiterait aussi à l'Union européenne.

J'en viens à la note minimale à des épreuves permettant d'établir que l'étudiant a acquis des compétences suffisantes. Alors que le projet de loi prévoit de supprimer les ECN d'accès au troisième cycle et qu'il affiche l'objectif de permettre la mobilité des étudiants en médecine, quelles seront les modalités de ces épreuves pour les étudiants revenant d'une mobilité universitaire au sein de l'Union européenne ? L'examen sera-t-il passé dans le pays de la mobilité ou en France ? Comment comparer les systèmes de notation entre les différents pays ? Y aura-t-il des épreuves écrites ?

Mme Céline Calvez. Monsieur le rapporteur, la semaine dernière, je me suis rendue à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine, à Nanterre. Ce fut l'occasion d'échanger autour des problématiques des professionnels de santé, à savoir leur formation, leurs compétences et leur culture plus ou moins commune.

Dans le cadre de ce projet de loi qui vise à transformer le système de santé, votre rapport préconise un meilleur partage de la culture commune. Comme vous, je pense qu'il faut laisser plus de place aux compétences humaines, indispensables à l'exercice d'une profession dans le domaine de la santé : capacité d'écoute, de travailler en équipe, de prendre des décisions dans un laps de temps raccourci.

Cependant, je m'interroge sur les moyens d'évaluer ces compétences, compte tenu du grand nombre d'étudiants qui choisissent de s'inscrire en première année. Comment réinventer les concours ? Comment réinventer la formation pour identifier ces compétences ? Comment sera-t-il techniquement possible d'évaluer ces compétences ?

Depuis dix-huit mois, le Gouvernement – en particulier Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé – a fait de la lutte contre les déserts médicaux, l'une de ses priorités. Comme vous le proposez, il me paraît désormais important de se concentrer sur la question de la répartition territoriale des formations en santé, celles-ci étant essentiellement situées dans des zones très urbaines. On peut réfléchir à l'augmentation de l'accueil dans les universités qui font face à des problématiques de déserts médicaux. Je voudrais aussi que l'on réfléchisse à l'implantation de ces formations en dehors de ces pôles universitaires. Avec le

chef étoilé Régis Marcon, j'ai rédigé un rapport sur la voie professionnelle scolaire, dans lequel nous insistions sur les campus des métiers et des qualifications qui regroupent différents organismes de formation. Quelle pourrait être la place des formations du domaine de la santé dans ces campus des métiers et des qualifications ?

M. le président Bruno Studer. Monsieur le rapporteur, vous avez la parole pour répondre à ces questions.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. En réponse à votre question sur le décloisonnement, madame Brugnera, je voudrais vous raconter une anecdote. Il y a quinze jours, j'ai organisé une table ronde sur ce projet de loi avec différents professionnels de santé. Ce qu'ils en ont retenu, indépendamment du contenu du texte, c'est d'avoir pu discuter entre eux, marquant ainsi leur intérêt pour cette démarche de décloisonnement.

Lors de l'élaboration du rapport, j'ai été marqué par l'élimination de nombreux candidats qui pouvaient être d'un très bon niveau et motivés. Après s'être cognés deux fois contre le mur de la PACES, des jeunes, qui ont obtenu le bac avec une mention assez bien ou bien, se retrouvent sans rien et parfois désespérés au bout de deux ans, sans compter la souffrance des familles qui les soutiennent. Il faut vraiment en finir le plus vite possible avec cet échec massif.

En matière d'adéquation territoriale, l'idée est que l'université, l'ARS et la communauté de la santé définissent des objectifs pluriannuels communs pour que nous ne nous retrouvions pas dans la situation actuelle, tout en sachant que nous n'allons pas toucher au but du jour au lendemain. Quels objectifs nous fixons-nous, tous ensemble, en ce qui concerne les différents cursus d'entrée et les diverses passerelles jalonnant le parcours des étudiants, au fur et à mesure du développement de leurs compétences ? Nous devons chercher à obtenir un apport de compétences variées tout au long du cursus.

Monsieur Minot, merci de votre intervention. Le parcours restera sélectif même après la suppression du *numerus clausus*. Tous les étudiants qui entrent en première année de médecine ne deviendront pas médecins, de la même manière que ceux qui entament des études de droit ne deviennent pas tous magistrats ou avocats. L'idée est de développer et de valider des compétences acquises tout au long du cursus.

Il ne s'agit pas d'accroître les capacités car, à terme, la filière principale en santé devait compter moins d'étudiants qu'actuellement, étant donné l'ouverture à d'autres parcours, notamment grâce à la mineure santé. Contrairement à ce qui se passe actuellement, il faut varier la manière d'entrer dans le cursus « santé ». Les gens qui ont fait des expérimentations insistent sur la possibilité d'élargir les opportunités et de diversifier les sites sur lesquels les étudiants pourront s'inscrire en mineure santé.

Pour ce qui concerne les amphithéâtres, je vais vous citer la réflexion du vice-président d'une université de l'Ouest, que j'ai rencontré vendredi dernier. Que ce soit en première ou en deuxième année, quand j'ai dans l'amphithéâtre la moitié des étudiants prévus – nombre qui a déterminé la capacité du lieu –, je suis plutôt content, me disait-il. À mon avis, la capacité des amphithéâtres ne sera pas un point de blocage de cette réforme.

S'agissant des méthodes d'évaluation, je vous répondrais que l'objet de ce texte n'est pas de valider les évaluations de toutes les formations françaises, sinon nous devrions avoir

beaucoup de réunions de commission ! Je préfère laisser cela aux universités et à des gens qui le font mieux que nous ne pourrions le faire.

Sur l'attractivité, la coordination et le décloisonnement, vos propos rejoignent ceux d'Anne Brugnera. Nous avons vraiment besoin de lever les barrières entre des professions qui fonctionnent actuellement en silos. Il faut créer, le plus tôt possible, des passerelles qui permettront une meilleure coordination des interventions et une approche plus locale au travers des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui font l'objet d'un autre titre du texte. Dès le stade des études, les différents professionnels doivent pouvoir travailler en coordination.

Mme Essayan a abordé des thèmes importants. Nous voulons faire progresser notre système de santé mais n'oublions pas de dire qu'il offre des soins de qualité au plus grand nombre, et qu'il compte des professionnels très engagés quel que soit l'endroit où ils exercent. Au cours des travaux, notamment lors des auditions des organisations lycéennes ou étudiantes, j'ai été frappé par le mal-être des jeunes : on voit de nombreuses addictions, des syndromes d'épuisement. Nous avons vraiment beaucoup d'efforts à faire dans ce domaine et nous devons nous doter d'un système qui puisse accompagner les étudiants.

Une question portait sur la répartition des compétences entre l'ARS et l'université. C'est l'université qui définit les capacités après un avis conforme de l'ARS qui traduit, en quelque sorte, le positionnement de l'État et les besoins de l'ensemble de la communauté médicale. L'université a le dernier mot. Je trouve cette répartition des rôles normale.

J'ai été surpris d'entendre Mme Dumas dire que le texte ne traitait que des études médicales. Le projet de loi est bien plus vaste et il y est notamment question de l'accès à la santé sur les territoires et du travail numérique. Le texte prévoit une véritable transformation de l'ensemble du système dont la réforme des études ne constitue qu'une partie.

S'agissant de la précipitation, j'ai cité Grand Corps Malade au début de mon rapport, en disant que c'était une « course contre la honte ». Quand on discute avec certains étudiants, on se dit qu'il y a urgence. La PACES laisse de côté 70 % des étudiants qui se retrouvent sans aucun diplôme alors qu'ils ont travaillé de façon acharnée pendant deux ans. Il y a urgence à réformer le système et c'est le but de ce projet de loi. Je note d'ailleurs que Mme Dumas était très favorable à l'article 1^{er} et à l'article 2, tout comme les personnes auditionnées.

Madame Ressiguié, vous êtes aussi favorable à ces deux seuls articles dont notre commission a été saisie. J'assisterai aux débats concernant l'ensemble du projet de loi, mais je renvoie gentiment toutes les autres questions à nos collègues de la commission des affaires sociales qui a été saisie au fond.

Madame Dubois, vous m'interrogez sur les modalités d'affectation. Les universités travaillent sur le sujet à partir des expérimentations qui ont été menées dans certains territoires. Certaines envisagent l'anonymisation pour éviter une sélection non objective. Pour ma part, je n'ai aucun doute sur nos marges de progression en la matière : la reproduction sociale est assez forte dans ce type d'études. Dans les universités, les présidents et les encadrants sont assez à l'aise sur le sujet. Certains d'entre eux discutent déjà avec des collègues d'autres filières pour pouvoir aboutir à la bonne méthode. C'est un point de vigilance mais pas un sujet d'inquiétude.

Quant à la réorientation, elle est vraiment l'objet du décloisonnement entre filières. La folie du système actuel fait que des professeurs de pharmacie ont été amenés à nous déclarer, en audition, qu'ils récupéraient les mauvais médecins. Nous souhaitons promouvoir une autre approche, intégrant la durée : chacun choisira les matières et le métier qui l'intéressent, sans subir le couperet d'une sélection. D'ailleurs, je parlerais plutôt de passerelles que de réorientation. Il y aura des passerelles entre les quatre métiers de professionnels de santé mais aussi, à terme, entre les mineures en santé et les majeures dans un autre domaine. En deuxième ou en troisième année, un étudiant pourra utiliser ces passerelles pour se réorienter vers des métiers de professionnel de santé. À l'inverse, un étudiant pourra bifurquer vers un autre type de métier s'il est déçu ou si, au fil des stages, il se rend compte qu'il ne se voit pas dans un métier de santé.

Madame Charrière, je suis d'accord avec vous sur le statut des MSU. Il faut vraiment travailler sur ce statut, valider les compétences pédagogiques des MSU et essayer d'en avoir plus dans les zones sous-denses pour y attirer des étudiants et répondre à la désertification. Deux amendements se rapportent à cette question. Notre collègue rapporteure Stéphanie Rist s'est intéressée à l'inadéquation entre les stages et l'orientation prise par les étudiants car, parfois, il y a des stages qui ne sont pas pourvus. Il y a manifestement un travail à faire entre les professionnels de santé, les universitaires et les étudiants dans ce domaine.

Monsieur Poulliat, je suis évidemment favorable aux parcours européens. Même si la formation médicale de base est définie par une directive, il y a encore en Europe une grande diversité d'approche des métiers du soin, de la médecine et de la santé en général. Il est important d'avoir une donnée d'entrée assez commune pour les étudiants qui demandent une validation ou une équivalence. Ce n'est pas toujours facile. Les universités ne sont pas toujours à l'aise pour valider des compétences et des connaissances acquises dans un autre pays. Pour l'étudiant qui revient, il faut poser des jalons clairs, je pense à ce qui remplacera les ECN. Notre système a eu tendance à mettre l'accent sur les connaissances et il nous faudra améliorer la valorisation des compétences.

J'ai en mémoire l'audition d'une dentiste qui avait recruté un stagiaire formé dans la péninsule ibérique où les pratiques sont différentes des nôtres. Elle nous a expliqué que son stagiaire, à aucun moment de son cursus, n'avait mis les doigts dans la bouche d'un patient ! Il est donc nécessaire d'en passer par une certaine uniformisation des pratiques. Force est de constater que nous ne sommes pas prêts car les différences sont trop importantes. Il est donc indispensable de prévoir un examen commun pour le dernier cycle qui est vraiment professionnalisant.

Madame Calvez, je suis totalement favorable à la culture commune et au décloisonnement. Les professionnels ont envie de travailler le plus tôt possible de façon décloisonnée. Comment identifier les compétences ? Quelques orientations sont déjà testées, entre autres les examens cliniques par objectifs structurés (ECOS). L'évaluation peut se faire en mode réel avec des maîtres de stage ou par le biais de simulations.

J'ai participé à une simulation dans un centre de recherche de Rennes où la ministre avait mis un casque 3D et pris la place d'une chirurgienne dans une salle de bloc opératoire. Face à elle, l'aide-soignante était un avatar qui n'était pas programmé : l'intelligence artificielle simulait les réactions possibles – et que nous ne pouvions pas prévoir – de cette assistante. À mon avis, l'interaction avec le patient doit se faire le plus tôt possible et il y a des amendements en ce sens.

Enfin, vous avez évoqué la voie professionnelle scolaire et la place des formations santé dans les campus des métiers et des qualifications. Si je suis d'accord pour considérer que nous devons en faire un objectif, j'estime que nous devons procéder en deux étapes. La première consisterait à augmenter – si possible à doubler – le nombre des sites universitaires où il est possible d'accéder à des professions de santé, ces sites n'étant pour le moment situés que dans les métropoles, là où se trouve un CHU. Pour cela, sans doute pourrions-nous nous inspirer de l'expérimentation en cours à Angers, dans le cadre de laquelle l'ouverture d'un parcours de formation PluriPASS à Laval et au Mans permet soit un véritable dédoublement de la première année de médecine, soit d'effectuer dans l'une de ces deux villes une année de mineure santé, avant de reprendre éventuellement, en deuxième ou en troisième année, le cycle classique des professions de santé.

Nous pouvons imaginer d'aller plus loin dans quelques années en multipliant les interactions entre les écoles d'infirmières et d'aides-soignants et en encourageant le travail en partenariat et en décloisonnement entre les quatre métiers dits des professions de santé, ce qui implique d'instaurer une véritable culture commune à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Comme vous l'avez suggéré, les campus des métiers et des qualifications pourront nous aider à franchir ce qui constituera une étape de redéploiement.

M. le président Bruno Studer. Nous en venons à l'examen des articles dont notre commission s'est saisie pour avis.

Article 1^{er} : *Rénovation de l'accès aux études médicales et suppression du numerus clausus*

La commission est saisie de l'amendement AC24 du rapporteur pour avis.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Le chapitre II du projet de loi prévoit les aménagements nécessaires afin de répondre tant aux enjeux des territoires qu'aux problématiques relatives à l'installation des jeunes médecins.

Il est cependant utile de poser, à l'article 1^{er}, le principe selon lequel la répartition optimale des futurs professionnels est une préoccupation prise en compte dès la formation. Tel est l'objet de cet amendement visant à compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante : « *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.* »

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AC9 de M. Michel Larive.

Mme Muriel Ressiguer. Par cet amendement, nous souhaitons introduire dans le présent projet de loi l'une des préconisations du défenseur des droits qui regrette que soit laissée aux universités la liberté de fixer le seuil des élèves hors secteur pouvant intégrer leurs rangs et souligne que cette mesure, appliquée différemment selon les universités, crée des freins à la mobilité géographique et sociale. Certaines universités ont fixé ce taux à 1 %, ce qui revient, en pratique, à exclure la plupart des candidats hors secteur. Le choix des futurs étudiants qui souhaitent intégrer une autre académie pour poursuivre leurs études supérieures est souvent lié aux spécialités qui n'existaient pas dans leur académie d'origine, à moins qu'ils ne soient tout simplement désireux de s'émanciper et de découvrir de nouveaux horizons – ce à quoi nous ne pouvons que les encourager.

De plus, la loi met en place une priorité absolue pour les lycéens français et les ressortissants européens scolarisés à l'étranger, puisqu'ils sont considérés comme résidents de l'académie à laquelle ils postulent. Si les raisons pratiques d'une telle mesure sont compréhensibles, on en arrive à des traitements nettement différenciés entre les futurs bacheliers. Pour cette raison, nous proposons d'augmenter le seuil des futurs étudiants hors secteur et de le fixer à un minimum de 10 %.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Votre intention me semble largement excéder le champ du projet de loi, puisque votre amendement ne porte pas sur les seules formations en santé mais concerne l'ensemble des formations d'enseignement supérieur. Pour cette raison, il n'est pas recevable.

Cela étant, en ce qui concerne les formations en santé, la mise en œuvre de la réforme permettra de répondre à cette préoccupation, que je partage. En permettant à des étudiants vivant à proximité d'une faculté sans composante santé de tenter leur chance au concours – en prenant par exemple une unité d'enseignement optionnelle ou une mineure –, on permettra une plus grande égalité dans l'accès réel à ces formations. Je rappelle que des antennes existent déjà dans le cadre des expérimentations et qu'elles ont montré leur efficacité.

Je suis donc défavorable à l'amendement AC9.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AC11 de M. Michel Larive.

Mme Muriel Ressiguié. Des algorithmes locaux mis en place par les universités suite à la réforme de Parcoursup leur permettent d'utiliser leurs propres critères de sélection et de classement des dossiers de façon automatique, c'est-à-dire sans intervention humaine. Dans ce domaine, le défenseur des droits recommande de rendre publiques toutes les informations relatives au traitement – y compris algorithmique – et à l'évaluation des dossiers des candidats par les commissions locales des établissements supérieurs, en amont du processus de leur affectation dans des formations de premier cycle de l'enseignement supérieur.

Certaines universités parisiennes ayant communiqué leurs données, nous avons pu y relever que figurait, parmi les critères de sélection, le fait de tenir compte de l'établissement d'origine : les risques discriminatoires sont donc réels. Ce genre de mécanique produisant des inégalités est à prendre au sérieux, car la confiance des étudiants envers l'éducation nationale peut être rompue et l'égalité des chances mise à mal. Nous proposons donc, avec l'amendement AC11, d'interdire aux universités de médecine l'utilisation des algorithmes locaux.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Comme c'était déjà le cas pour votre amendement AC9, l'objectif de l'amendement AC11 me semble plus large que le strict champ du projet de loi que nous étudions aujourd'hui : vous traitez de la question des algorithmes mis en place par les universités au sens large, et non par les seules facultés de médecine. Il n'est donc pas recevable, ce qui justifie que j'émette un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AC25 du rapporteur pour avis.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. L'article 1^{er} du projet de loi supprime le *numerus clausus* et refonde et diversifie les voies d'accès aux deux premières années du premier cycle des études de santé.

Afin de laisser la souplesse nécessaire à ce processus, qui sera évolutif et pourra varier selon les universités, la loi ne peut fixer des objectifs précis à atteindre. Il est en revanche important que ces objectifs figurent dans le décret d'application : tel est l'objet du présent amendement, qui permettra de qualifier en termes de qualité les objectifs de diversification des voies d'accès à la deuxième ou troisième année du premier cycle des formations en médecine, en pharmacie, en odontologie ou en maïeutique.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 1^{er} modifié.

Après l'article 1^{er}

La commission aborde l'amendement AC10 de Mme Muriel Ressiguier.

Mme Muriel Ressiguier. Les étudiants contraints de se payer des cours privés ou devant tout simplement subvenir à leurs besoins quotidiens n'ont, pour cela, pas d'autre choix que de travailler parallèlement à leurs études. C'est le cas de 50,4 % des étudiants dans le domaine de la santé. Ces formations demandant une assiduité et une quantité de travail considérable, le cumul avec un emploi d'étudiant, aux horaires le plus souvent atypiques, ne peut que nuire à la réussite des études.

Les étudiants boursiers sont les plus touchés par ce phénomène, puisque les frais des études, auxquels ils ne peuvent se soustraire – je pense notamment à l'achat de manuels ou à la participation à des cours privés – ne cessent d'augmenter. Nous estimons donc essentiel que le Gouvernement s'assure que les bourses délivrées aux étudiants boursiers leur permettent de se consacrer entièrement à leurs études, sans avoir à travailler à côté. Si la situation que j'ai décrite n'est pas corrigée, nous n'arriverons pas à lutter contre les inégalités sociales très largement perpétuées dans les universités de médecine.

Pour ce faire, nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, un rapport sur le coût engendré par une augmentation des bourses perçues par les étudiants en médecine, en pharmacie, en odontologie ou en maïeutique. Le Gouvernement peut notamment examiner l'augmentation de ces montants au regard du coût des cours préparatoires privés que les étudiants sont contraints de suivre.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Votre amendement consiste à demander au Gouvernement un rapport sur le coût engendré par une augmentation des bourses des étudiants en médecine, et met cette question en relation avec le coût des préparations privées.

J'avoue être perplexe sur le sens de cet amendement tel qu'il est rédigé, notamment en son exposé sommaire, qui inviterait plutôt le Gouvernement à remettre un rapport sur le niveau idéal de bourses pour faire face au coût supposé des études de médecine pour un étudiant suivant une prépa privée. J'ajoute que le régime des bourses est régi au niveau national par une circulaire, et qu'il s'agit d'un régime unique qui ne discrimine pas par type d'études ou de formation.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 : Réforme du deuxième cycle des études médicales et suppression des « épreuves classantes nationales » (ECN)

La commission examine l'amendement AC7 de M. Maxime Minot.

M. Maxime Minot. Monsieur le rapporteur pour avis, je dois vous dire que je ne crois ni au système obligeant les médecins à venir s'installer dans les territoires ruraux, ni au système temporaire censé les inciter à s'installer dans les territoires ruraux en contrepartie d'aides : en effet, je pense qu'au bout de deux ans, lorsqu'ils ne percevront plus d'aides, les médecins retourneront en ville. Aucune de ces deux solutions ne suscite l'adhésion des médecins, ni pour ce qui est de leur mission, ni pour ce qui est du cadre de vie que les territoires ruraux peuvent offrir.

Afin de favoriser les installations pérennes et de lutter effectivement contre la désertification médicale, je propose plutôt, par le présent amendement, d'offrir aux futurs médecins la possibilité de découvrir une autre facette de l'exercice de la médecine et un autre cadre de vie en prévoyant qu'au cours du troisième cycle d'études, l'étudiant en médecine réalise un stage de six mois dans les territoires ruraux sous-dotés – ce qui permet également de répondre à la pénurie de médecins en zone rurale. Il me semble en effet que si de nombreux médecins issus des villes n'ont jamais envisagé de s'installer dans les territoires ruraux, cela peut souvent s'expliquer par une simple méconnaissance des avantages et des attraits que peut présenter la ruralité.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Je partage totalement l'objectif de cet amendement visant à favoriser l'installation de médecins dans les territoires sous-dotés...

M. Maxime Minot. C'est merveilleux ! Vous êtes donc favorable à mon amendement !

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. ...et j'estime, moi aussi, que le système de formation a un rôle important à jouer pour favoriser une bonne répartition des médecins sur l'ensemble du territoire.

Cela dit, l'article 1^{er} du projet de loi prévoit justement de fixer des objectifs pluriannuels d'admission en première année, proposés par les universités et devant être validés par un avis conforme de l'ARS. La diversification des voies d'accès et la multiplication des sites universitaires doivent, elles aussi, contribuer à faciliter l'accès aux études de santé sur l'ensemble du territoire...

M. Maxime Minot. Ce n'est pas comme ça que vous ferez venir des médecins en zone rurale !

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Je pense que si : l'idée que je défends dans mon rapport est qu'en doublant le nombre de sites où l'on peut entamer des études de médecine et se projeter en tant que médecin, on double probablement les territoires où les futurs médecins viendront s'installer. Nous devons également trouver de nouveaux terrains de stage en dehors des CHU, non seulement pour accueillir les étudiants qui seront demain plus nombreux, mais aussi pour leur donner l'exemple d'autres pratiques.

Je défendrai tout à l'heure un amendement visant à inscrire dans la loi la nécessité de favoriser l'installation de médecins dans les territoires sous-dotés. Sa rédaction est un peu différente de la vôtre et me paraît mieux correspondre à l'objectif que nous poursuivons conjointement, consistant à favoriser l'installation des médecins dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, pour lutter contre le phénomène de désertification médicale, mais aussi pour améliorer le contenu de la formation des internes en leur permettant d'expérimenter d'autres pratiques professionnelles dans l'ensemble des territoires sous-dotés. J'estime en effet nécessaire de ne pas restreindre le dispositif proposé aux territoires ruraux, dont la définition est toujours trop précise ou trop large au sens du texte. Enfin, il ne me paraît pas opportun que le conseil départemental ait à donner son accord pour chaque demande de stage, étant donné que d'autres acteurs ont vocation à intervenir pour cela.

Je vous invite par conséquent à retirer votre amendement, et émettrai à défaut un avis défavorable.

M. Maxime Minot. Pourquoi ne pas sous-amender ma proposition ?

M. le président Bruno Studer. Votre amendement ne s'insère pas correctement dans le texte, monsieur Minot. Le maintenez-vous ?

M. Maxime Minot. Je le maintiens.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AC26 du rapporteur pour avis.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Si la prise en compte, prévue par le projet de loi, des projets professionnels des étudiants et de leur parcours de formation dans les modalités de leur affectation est tout à fait opportune, celle des situations éventuelles de handicap est également essentielle afin de garantir l'insertion des étudiants qui peuvent en être affectés. L'objet de l'amendement AC26 est de prévoir que le futur décret traitera également de cette question.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine l'amendement AC12 de M. Michel Larive.

Mme Muriel Ressiguié. Près d'une femme sur dix subit au cours de sa vie des violences conjugales, qui affectent la santé physique et mentale des victimes. Les femmes victimes effectuent cinq fois plus de consultations chez les généralistes que les autres femmes et se rendent plus fréquemment chez les médecins spécialistes. Une femme sur quatre admise aux urgences a subi des violences conjugales.

Lorsqu'une personne est victime de violences conjugales, il n'est pas toujours aisé pour un médecin de repérer les maltraitances – verbalisées ou non –, de faire un constat clinique puis, si nécessaire, de donner l'alerte en rédigeant un certificat médical pour coups et blessures. La méconnaissance chez certains professionnels de santé des facteurs de risque, des symptômes de violences conjugales – lésions traumatiques, plaintes gynécologiques, plaintes somatiques chroniques, troubles de l'alimentation, etc. –, et des dispositifs prévus pour remédier à ce fléau est un obstacle à la prise en charge adéquate des victimes.

Par ailleurs, l'association Osez le féminisme ! a récemment mis en lumière de nombreux cas de violences gynécologiques et obstétricales, d'infantilisation ou de défiance vis-à-vis de la souffrance des femmes par des professionnels de santé. Ces situations ne peuvent plus durer : les femmes doivent pouvoir franchir sereinement la porte des cabinets médicaux et des hôpitaux. Par l'amendement AC12, nous proposons que soit intégrés dans la formation professionnelle initiale et continue des modules relatifs aux femmes, aux stéréotypes de genre et au respect du corps d'autrui, qui permettront d'améliorer la prise en charge globale des patients et d'armer les professions médicales afin de leur permettre de mieux répondre aux enjeux de la lutte contre les violences conjugales.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Comme je l'ai dit précédemment au sujet d'autres amendements, la définition du contenu de la formation dispensée ne relève pas de la loi. Cependant, en tant que membre de la délégation aux droits des femmes, je ne peux qu'être sensible à cette question et émettrai donc un avis de sagesse sur cet amendement – étant précisé qu'il relève assurément du domaine réglementaire.

La commission adopte l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AC13 de Mme Muriel Ressiguié.

Puis elle examine l'amendement AC15 de Mme Muriel Ressiguié.

Mme Muriel Ressiguié. Plusieurs études montrent à quel point les praticiens sont parfois étrangers aux enjeux de la précarité. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Meurthe-et-Moselle, publiée dans la revue *Santé publique* en 2015, montrait que deux tiers des médecins exprimaient un besoin de formation sur le sujet de la précarité et le désir de travailler de manière plus étroite avec les travailleurs sociaux. Une autre étude, réalisée à l'université d'Aix-Marseille en 2013, mettait en évidence le fait que les étudiants avaient une conscience partielle des inégalités sociales de santé et surestimaient, par exemple, le rôle des comportements individuels par rapport aux déterminants structurels pour expliquer les différences en termes d'état de santé des patients.

Pourtant, l'accès aux soins des populations en situation de grande précarité soulève des problèmes spécifiques et les praticiens doivent savoir comment s'adresser à un public qui, en plus des problèmes de santé, en cumule souvent d'autres – je pense notamment aux difficultés à se loger, se nourrir ou se chauffer.

Pour y remédier, l'amendement AC15 propose que soient intégrés dans la formation initiale et continue des professionnels de santé des modules relatifs aux problèmes liés à la précarité. Ainsi, nous projetons non seulement d'améliorer la prise en charge globale des patients, mais aussi de faire reculer les refus de soins.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Comme je l'ai déjà dit, la définition du contenu de la formation dispensée ne relève pas de la loi, et j'estime que ce type de problématiques a vocation à être abordé – et à trouver une solution – dans le cadre de la réforme profonde qui s'annonce, notamment par le biais de la formation dispensée aux futurs professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Je suis donc défavorable à l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AC14 de M. Michel Larivé.

Mme Muriel Ressiguié. La répartition des professionnels de santé sur le territoire se traduit par des disparités persistantes. Ainsi, un rapport sénatorial de juillet 2017 sur l'accès géographique aux soins explique que les écarts de densité entre départements vont d'un à deux pour la médecine générale et d'un à sept pour les infirmiers – les médecins spécialistes en accès direct étant encore plus inégalement répartis.

Cette situation entraîne la mise en œuvre de solutions de bricolage parfois honteuses. C'est notamment le cas à Laval, où on a dû faire appel à des médecins retraités, aidés de jeunes non diplômés, pour répondre aux besoins de la population en matière de soins. Les perspectives qu'évoquent aujourd'hui certains managers de la santé consistent à permettre à des étudiants de deuxième année de rendre des services dans ces territoires moyennant salaire. Une telle pratique comporte un risque, celui de mettre en place une médecine de seconde zone.

En fermant des établissements médicaux, notamment des petites maternités, et en laissant dépérir la médecine de ville, le Gouvernement abandonne les zones sous-denses. Afin d'y remédier, l'amendement AC14 se donne pour objectif de mettre en place, dans des régions que le Gouvernement identifie comme pertinentes, une obligation d'exercer dans les zones sous-denses pour les jeunes diplômés. C'est ainsi une véritable obligation de service rendu qui sera mise en place pendant une période et selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Vous proposez un amendement relatif au manque des médecins en zone sous-dense – notamment rurale –, sujet important auquel nous sommes tous confrontés. Cela étant, je rappelle que notre commission n'est saisie que sur les deux premiers articles, relatifs à la formation des professionnels de santé. Dans la mesure où votre amendement porte sur l'installation de nouveaux médecins, puisqu'il précise que l'obligation d'exercer dans les zones sous-denses serait mise en place à l'issue du troisième cycle, il ne relève pas de notre champ de saisine, mais d'autres dispositions du projet. J'y suis donc défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AC27 du rapporteur pour avis.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Le présent amendement vise plusieurs objectifs : d'une part, améliorer le contenu de la formation pratique des internes en leur permettant d'expérimenter d'autres pratiques professionnelles et de découvrir d'autres territoires, d'autre part, favoriser autant que possible leur installation future dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, afin de répondre au phénomène de désertification médicale.

Lorsqu'ils s'engagent dans des études de médecine, les étudiants savent que leur formation comportera un tel volet, et c'est pour permettre cette forme d'engagement moral volontaire que l'entrée en vigueur du dispositif est différée pour ne concerner que les étudiants qui entrent en première année d'études de santé à la rentrée 2019.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 2 modifié.

Après l'article 2

La commission est saisie de l'amendement AC16 de M. Michel Larive.

Mme Muriel Ressiguier. Par l'amendement AC16, nous souhaitons la production d'un rapport sur la mise en place d'un enseignement introductif dans le deuxième cycle des études de médecine sur la médecine scolaire. Ce rapport viendrait détailler l'impact dudit enseignement sur l'évolution du nombre d'inscrits à ce concours particulier, ainsi que l'accroissement du nombre de praticiens.

Nous accordons une importance particulière à la médecine scolaire en raison de ses effets contre les inégalités de santé – d'abord grâce aux visites médicales, mais également au moyen des actions de promotion de la santé en milieu scolaire et aux missions qui lui sont conférées en direction de publics ciblés, notamment les enfants en situation de handicap. Toutefois, la médecine scolaire est aujourd'hui gravement menacée par un manque de praticiens qui se vérifie dans les chiffres. La direction générale de l'enseignement scolaire nous apprend ainsi que le taux de réalisation de la visite à six ans est passé de 80 % en 2013-2014 à 47,5 % en 2015-2016 – un taux qui varie d'ailleurs de manière significative d'un département à l'autre.

Nous devons promouvoir davantage le concours national dédié à la médecine scolaire. Il y a en effet aucune introduction aux métiers de la médecine scolaire au sein des cursus universitaires, et un enseignement introductif spécifique poursuivrait un objectif salubre d'information et d'incitation pour les étudiants. C'est pourquoi nous demandons un rapport sur la faisabilité d'un tel enseignement.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Le sujet que vous soulevez est très important et vous avez raison de souligner l'aspect essentiel de l'articulation entre prévention et inégalité sociale, ainsi que le rôle majeur que la médecine scolaire peut jouer sur ce plan. Vous avez également raison de relever que la médecine scolaire est devenue le parent pauvre du secteur et, sur la base de constat, vous proposez que le Gouvernement remette un rapport qui porterait notamment sur l'impact qu'auraient les enseignements spécifiques sur des étudiants se destinant à la médecine scolaire et, consécutivement, sur l'accroissement du nombre de praticiens, en particulier dans les zones sous-denses.

Je pense qu'il s'agit d'un amendement d'appel car, à mon sens, le problème se situe davantage dans les conditions d'exercice de ces praticiens que dans la connaissance par les étudiants de l'existence des filières. Je suis donc défavorable à cet amendement.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle émet un avis **favorable** à l'adoption de l'ensemble des dispositions dont elle est saisie, **modifiées**.*

La séance est levée à dix-huit heures cinquante-cinq.

Présences en réunion

Réunion du lundi 11 mars à 17 heures 10

Présents. – Mme Anne Brugnera, Mme Céline Calvez, Mme Sylvie Charrière, M. François Cormier-Bouligeon, Mme Jacqueline Dubois, Mme Frédérique Dumas, Mme Nadia Essayan, M. Raphaël Gérard, Mme Florence Granjus, Mme Danièle Hérim, M. Yannick Kerlogot, Mme Anne-Christine Lang, M. Gaël Le Bohec, Mme Constance Le Grip, M. Maxime Minot, Mme Béatrice Piron, M. Éric Poulliat, Mme Florence Provendier, M. Pierre-Alain Raphan, Mme Muriel Ressiguiet, M. Cédric Roussel, M. Bruno Studer, Mme Agnès Thill

Excusés. – M. Pierre-Yves Bournazel, M. Bertrand Bouyx, M. Stéphane Claireaux, Mme Annie Genevard, Mme Josette Manin, Mme Sophie Mette, Mme Cécile Muschotti, M. Frédéric Reiss, M. Bertrand Sorre, M. Stéphane Testé

Assistait également à la réunion. – M. Fabien Di Filippo