

# A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

## Compte rendu

### Commission des affaires sociales

- Audition de Mmes Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, puis discussion générale sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur titre I<sup>er</sup> du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions)..... 2
- Présences en réunion ..... 46

Mardi

5 mars 2019

Séance de 16 heures 30

Compte rendu n° 47

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

**Présidence de  
Mme Brigitte Bourguignon,  
Présidente,**



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 5 mars 2019

*La séance est ouverte à seize heures trente.*

*(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)*

---

*La commission des affaires sociales procède à l'audition de Mmes Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, puis discussion générale sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le titre I<sup>er</sup> du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions).*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mes chers collègues, notre ordre du jour appelle l'audition de la ministre des solidarités et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, puis la discussion générale sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Je souhaite tout d'abord la bienvenue, en notre nom à tous, à Mmes les ministres. Si Mme Buzyn est une habituée de notre commission, c'est la première fois que nous avons l'occasion d'entendre Mme Vidal.

Permettez-moi ensuite de dire quelques mots des amendements. À ce jour, plus d'une centaine d'amendements ont déjà été déposés sur le texte alors que le délai de dépôt n'expire que vendredi à dix-sept heures. Ce nombre d'amendements est tout à fait inhabituel à ce stade. Peut-être avons-nous collectivement réussi à travailler plus en amont que d'habitude ; si tel est le cas, tant mieux. L'autre possibilité est que ce chiffre laisse présager un dépôt d'amendements en grand nombre. Je m'en réjouis dans la mesure où cela reflète notre intérêt pour un texte important. Vous le savez, je suis désireuse que notre débat soit le plus approfondi possible. Nous consacrons toujours aux textes que nous examinons le temps nécessaire.

Toutefois, il est de ma responsabilité de rappeler le cadre dans lequel s'exerce le droit d'amendement. Je ne mentionne que pour mémoire le fait que l'article 40 de la Constitution s'applique et que tout amendement créant une charge publique, même faible, même gagée, est irrecevable ; il ne sera pas discuté. Au surplus, le Gouvernement a veillé tout particulièrement à la cohérence de ce projet de loi qui organise la transformation de notre système de santé ; je me dois de rappeler que tout amendement doit avoir un lien avec l'un des vingt-trois articles présentés, sous peine d'être déclaré irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution.

Il me semblait utile, avant que nous commençons, de vous rappeler ces règles afin d'éviter, autant que faire se peut, un travail qui serait pour les auteurs de tels amendements une source de frustration ; or, vous le savez, je n'aime pas créer de frustrations...

Je vais maintenant vous donner quelques précisions sur l'organisation de notre réunion. Après les discours des ministres, interviendront les rapporteurs de notre commission, le rapporteur de la commission des affaires culturelles et de l'éducation saisie pour avis, puis le rapporteur général de notre commission. Viendra ensuite le tour des orateurs des groupes dont j'ai décidé de porter le temps de parole de deux à cinq minutes, comme je le fais couramment pour les projets de loi majeurs. En revanche, afin de préserver le caractère dynamique de la discussion et de respecter les contraintes de l'ordre du jour, les autres interventions seront quant à elles limitées à une minute.

Madame la ministre des solidarités et de la santé, sans plus attendre, je vous donne la parole.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé s'inscrit dans le cadre d'une réforme ambitieuse qui vise à restructurer notre système de santé afin d'en garantir la viabilité et d'améliorer l'accès à des soins de qualité dans tous les territoires.

Je mesure les attentes ; c'est pour cette raison que je souhaite avant toute chose rappeler qu'il s'agit d'une stratégie globale qui vient transformer les modes d'organisation, de financement, la formation et les conditions d'exercice des professionnels de santé.

S'il demeure par bien des aspects synonyme d'excellence, notre système de santé est confronté, à l'instar de celui d'autres pays développés, à des défis structurels qui nécessitent une évolution profonde de ses organisations, des prises en charge qu'il propose et des modes d'exercice des professionnels. Ces tendances lourdes sont bien connues : le vieillissement de la population, conséquence mécanique de l'augmentation de l'espérance de vie ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, qui pèseront de plus en plus sur le système de soins ; la persistance, voire l'aggravation, des inégalités territoriales en santé.

Les travaux préparatoires au lancement de la stratégie, à la suite du discours du Président de la République du 18 septembre dernier, ont confirmé une triple inadaptation de nos organisations.

Premièrement, les patients font mention d'attentes insatisfaites en matière de délais de rendez-vous, d'accès à un médecin traitant ou même aux soins dans certains territoires, notamment aux soins non programmés.

Deuxièmement, les professionnels de santé font état de la lourdeur des charges administratives, de la multiplication parfois non pertinente de certains actes, du manque de temps dédié à la personne malade ou encore de la faiblesse des évolutions professionnelles et de la reconnaissance de leur implication.

Troisièmement, notre organisation et nos modes de financement ne valorisent ni la qualité des soins, ni leur pertinence, ni la coopération entre acteurs de santé.

Ce diagnostic, nous l'avons établi avec les acteurs de la santé, qu'ils soient usagers du système de santé, professionnels ou élus ; il fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus. Ce diagnostic, nos concitoyens l'ont confirmé dans le cadre du Grand débat national ; chacun ici entend leurs attentes en matière d'accès à des soins de proximité.

Face à un système jugé trop cloisonné – entre ville, hôpital, médico-social, entre public et privé, entre professionnels eux-mêmes – mettant insuffisamment en valeur la fluidité des parcours, la coordination entre professionnels, la qualité et la prévention ainsi que la mise en œuvre d’organisations adaptées à chaque territoire, « Ma Santé 2022 » propose un changement de paradigme.

La philosophie de cette stratégie s’articule en trois axes : la qualité des prises en charge, en plaçant l’usager au centre du dispositif ; une offre mieux structurée, en renforçant l’accès aux soins par un maillage territorial de proximité ; des métiers, des modes d’exercice, des pratiques professionnelles repensés.

Notre stratégie ne se réduit pas au projet de loi. Elle entend activer l’ensemble des leviers et jouer sur toutes les composantes du système de santé pour proposer une nouvelle donne aux usagers et aux professionnels. Elle sera, par exemple, complétée par une réforme profonde du mode de financement qui s’appuiera sur le rapport que Jean-Marc Aubert, directeur de la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES), vient de me remettre.

Des premières concrétisations ont d’ores et déjà été apportées par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Citons la mise en place de financements forfaitaires pour la prise en charge hospitalière du diabète et de l’insuffisance rénale chronique ou le développement de la dotation valorisant la qualité dans les établissements de santé. Les travaux se poursuivent et de nouvelles avancées seront proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Tout l’enjeu est de passer d’un système favorisant la course à l’activité et la multiplication des actes à un système qui incite la prévention, qui soutienne la coopération entre professionnels et qui fasse de la qualité le premier objectif de la prise en charge.

D’autres leviers, réglementaires, conventionnels, financiers, mais aussi d’animation territoriale et d’appui aux acteurs, viendront prolonger le projet de loi. C’est notamment le cas avec plusieurs mesures emblématiques : le déploiement de 400 postes de médecins généralistes dans les territoires les plus en difficulté du point de vue de la démographie médicale ; la définition et le déploiement des fonctions d’assistants médicaux qui devront rapidement permettre de libérer du temps médical, de soigner un plus grand nombre de patients et de mieux les accompagner ; le soutien au développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui conduiront à une meilleure coordination des professionnels de santé et amélioreront l’accès aux soins de la population dans les territoires.

Ce projet de loi est volontairement resserré autour d’un nombre limité de dispositions afin d’enclencher des dynamiques.

Ce texte a été produit et concerté avec les principales parties prenantes dans des délais brefs, qui se justifient par les engagements relatifs à la réforme des études en santé dont parlera Frédérique Vidal. La suppression de la première année commune d’études en santé (PACES) et du *numerus clausus*, d’une part, et celle, d’autre part, de l’examen classant national (ECN) en fin de deuxième cycle impliquaient que la loi puisse vous être soumise dès le début de l’année 2019 pour préparer et informer en temps utile les acteurs, les étudiants, les universités, des nouvelles modalités de sélection.

Du fait de ce calendrier, certaines modifications législatives prennent la forme d'habilitations à légiférer par ordonnances, qui ont été groupées et limitées à six articles. Touchant à des transformations lourdes et parfois sensibles, elles se justifient par la nécessité de construire avec les acteurs un modèle robuste et durable. Elles associeront étroitement les parlementaires comme je m'y suis déjà pleinement engagée.

J'en viens au projet de loi proprement dit dont je résumerai les principales dispositions.

Je laisserai Frédérique Vidal vous présenter le titre premier du projet de loi concernant les études en santé.

Dans son titre II, le projet de loi se donne pour ambition la structuration d'un collectif de soins dans les territoires.

Au-delà du soutien évoqué au développement des CPTS, la création de projets territoriaux de santé doit aider à mettre en cohérence les initiatives de tous les acteurs des territoires, quel que soit leur statut – libéral, en exercice regroupé ou coordonné, hospitalier, du secteur social ou médico-social, public ou privé –, en associant les élus et les usagers. Ces projets territoriaux formalisent le décloisonnement qui caractérise « Ma Santé 2022 ».

Le statut des hôpitaux de proximité sera par ailleurs revisité. Par ordonnance, les missions socles en seront définies ainsi que leur gouvernance et leurs modalités de financement afin d'en faire des structures adaptées aux soins du quotidien, ouvertes sur la ville et le médico-social, avec un financement qui garantira la continuité de services.

Le projet de loi et la stratégie dans son ensemble visent par ailleurs à soutenir une offre hospitalière de proximité qui constitue un pilier de l'offre de soins de premier recours dans les territoires. Les hôpitaux de proximité doivent faire l'objet d'un accompagnement particulier et disposer d'une gouvernance et de modalités de financement adaptées à leurs activités. En cohérence avec ces enjeux, sera conduite la réforme des autorisations des activités afin d'accompagner la gradation des soins, dans une recherche de qualité, de sécurité et de pertinence des prises en charge.

Un chapitre spécifique sera consacré à l'acte II des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le projet médical doit être désormais le centre de gravité des groupements. La gestion des ressources humaines médicales sera mutualisée et la gouvernance médicale adaptée et renforcée en conséquence dans les établissements de santé.

Dernier pivot du projet de loi : l'innovation et le numérique.

On connaît le dynamisme et le gisement de progrès pour la santé, pour la clinique et pour la science médicale que représentent les usages numériques, la dématérialisation des pratiques et l'exploitation adéquate des données. L'ambition est ici de donner à la France les moyens d'être en pointe sur ces sujets.

Les usages numériques doivent permettre au patient d'être un acteur à part entière de sa santé et de son parcours. C'est l'ambition de l'espace numérique de santé qui doit être ouvert pour chaque usager à l'horizon 2022. Il est conçu comme un nouveau service public digital et sa première brique sera le dossier médical partagé. Il aura vocation à regrouper l'ensemble des données de santé du patient et à donner facilement accès à un bouquet de

services et d'applications ; il sera donc voué à s'enrichir de façon évolutive. Bien entendu, l'utilisateur sera seul gestionnaire de ses données et de l'octroi de leur accès.

La bonne utilisation des données à des fins de recherche et d'innovation est un enjeu d'autant plus crucial que les bases en France, qui sont particulièrement riches, pourraient être mieux exploitées. La création de la Plateforme des données de santé ou « *Health data hub* » répond à cet objectif, en étendant le champ des données de santé recueillies par le système national des données de santé (SNDS) aux données cliniques, au-delà des données médico-administratives, et en adaptant l'Institut national des données de santé (INDS) pour lui donner plus de souplesse et d'agilité. La Plateforme constituera un guichet unique et sécurisé permettant le partage des données de santé dans un haut respect de la protection des données et de la vie privée.

La dématérialisation des pratiques passera quant à elle par le renforcement de la télésanté. Le télésoin sera ainsi créé. Pendant de la télémedecine pour les paramédicaux et les pharmaciens, il permettra la réalisation de certains actes, en orthophonie par exemple, à distance par voie dématérialisée.

Enfin – et il s'agit d'un objectif transverse à toutes les politiques publiques –, des mesures diverses de simplification, d'harmonisation et de sécurisation juridiques sont regroupées dans les titres IV et V du projet de loi.

Mesdames et messieurs les députés, nous avons collectivement la responsabilité de garantir les conditions d'un meilleur accès aux soins sur le territoire à tous nos concitoyens. À ce titre, nous serons très sensibles à vos propositions pour enrichir notre stratégie de transformation de notre système de santé.

**Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.** Madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, comme ma collègue Agnès Buzyn l'a rappelé, améliorer l'accès et la qualité des soins sur l'ensemble de nos territoires demande une stratégie globale. La question des études en santé, parce qu'elle détermine tant le nombre que la qualité des professionnels de santé qui œuvrent chaque jour aux côtés de nos concitoyens, est bien évidemment au cœur de ce projet de loi.

Intégrer la transformation des études de santé dans ce projet de loi, c'est aussi lui donner une profondeur de long terme. C'est pourquoi cet enjeu fait tout naturellement l'objet de tout le titre premier de ce texte.

Bien évidemment, tout n'est pas dans la loi. Une concertation est en cours pour préfigurer les contours du premier cycle des études de santé et mobilise les universités, les étudiants et les professionnels. Toutefois, comme cette transformation forme un tout cohérent, il est bien évidemment indispensable de vous présenter l'architecture d'ensemble des intentions du Gouvernement.

Chacun le sait, former un médecin prend du temps : une douzaine d'années minimum. Notre système de formation est à la fois excessivement sélectif et très peu diversifié. Le *numerus clausus* et l'examen classant national tendent à rigidifier l'ensemble du parcours de formation et empêchent de former plus de soignants. Il ne correspond plus à ce que nos concitoyens attendent de notre système de soins. Faire évoluer notre modèle de

formation des professionnels de santé autour des enjeux de la médecine de demain et des déséquilibres territoriaux déjà identifiés nous a ainsi conduits à vous proposer la suppression du *numerus clausus* à l'article 1<sup>er</sup> et une profonde révision de l'accès en troisième cycle à l'article 2.

Concernant l'accès aux études de santé, nous devons nous conformer à une double exigence.

Chacun en conviendra, il n'est pas acceptable que pour 1 000 étudiants inscrits en PACES, 600 doivent le plus souvent tout recommencer après deux échecs ou que deux tiers des étudiants admis dans les filières santé soient des redoublants. C'est une réalité à laquelle de nombreux parents ou étudiants ont été confrontés.

Ma première exigence est de faire réussir les étudiants qui s'inscrivent à l'université : cela a été le fil conducteur des transformations que j'ai conduites à la tête du ministère dans le cadre tant de la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants, dite loi ORE, que du nouvel arrêté de licence.

Il s'agit également de recruter autrement les futurs étudiants des filières de santé pour maintenir, dans un environnement qui change, l'excellence de nos formations tout en les ouvrant à une plus grande diversité de profils et de parcours afin d'enrichir le service rendu aux patients et à l'ensemble de la société.

Il nous faut donc travailler sur deux dimensions : comment installer les études de santé dans un parcours favorisant la réussite du plus grand nombre tout en mesurant les compétences et les connaissances dont nous aurons besoin à long terme pour faire vivre notre système de soins partout sur le territoire ?

La suppression du *numerus clausus* ne saurait répondre rapidement, dans l'urgence et l'immédiateté, aux demandes légitimes concernant les moyens de lutter contre les déserts médicaux que vous avez tous déjà entendues.

La situation dans laquelle nous nous trouvons est le résultat de décisions prises pendant les années 1990 qui se sont traduites par la réduction drastique du nombre de médecins formés alors : deux fois moins qu'aujourd'hui en moyenne, trois fois moins dans certaines facultés. Supprimer le *numerus clausus*, c'est donc proposer de déterminer le nombre de professionnels formés au plus près du terrain, à partir des besoins des territoires et des capacités de formation, afin d'éviter de répéter les erreurs passées. C'est ce que propose l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi. Dans chaque région, les universités et l'agence régionale de santé (ARS) devront arrêter ensemble les objectifs en matière d'accueil et de capacité de formation.

Penser le temps long, c'est aussi se demander de quelles compétences notre société et notre système de santé auront besoin en 2030. Certaines évolutions sont déjà perceptibles ou prévisibles ; pour y faire face, nous devons former des étudiants qui savent apprendre et qui savent prendre une décision dans un contexte d'incertitude.

Ainsi, la population sera plus âgée et des patients porteurs de polyopathologies complexes souhaiteront vivre et être soignés dans leur environnement ; la capacité de collaborer au service d'un projet commun avec d'autres professionnels, le patient et ses proches sera donc une des compétences clés attendue des professionnels.

De son côté, l'intelligence artificielle transformera certains processus de diagnostic ; la capacité à comprendre leurs principes et à dialoguer avec des informaticiens et des ingénieurs constituera elle aussi une compétence clé.

C'est sur le fondement de notre vision de long terme que nous travaillons à transformer dès maintenant la formation des étudiants en santé en premier cycle. Ce travail de réflexion a commencé il y a déjà plusieurs années : les expérimentations antérieures comme les AlterPACES et les PACES adaptées, développées notamment par les universités parisiennes, en sont la preuve.

Si la PACES est très critiquée, elle n'en présente pas moins des avantages en proposant dès la première année un cursus centré sur les sciences de la santé. Au cours de la concertation est rapidement apparue l'idée d'un portail santé, qui serait conçu non comme une année de sélection des étudiants mais comme une année de formation utile à tous ceux qui intégreront les filières de santé comme à tous les autres. Ce portail, nous pourrions le construire en utilisant les qualités de la PACES et en prévoyant des orientations plutôt que des réorientations en cas d'échec. Nous pourrions également le construire en développant en son sein des formations à de nouveaux métiers et à de nouvelles compétences, notamment dans les domaines de la bio-informatique et du numérique.

Cette transversalité, c'est l'esprit de la loi « Orientation et à la réussite des étudiants » et de l'arrêté de licence. Jusqu'ici les étudiants inscrits en PACES, qui peuvent représenter de 20 à 40 % des néo-entrants dans les universités comprenant une composante santé, n'étaient pas inclus dans cette dynamique. Ils le seront désormais.

L'enjeu est de créer un système d'accès multiples qui permettra à d'excellents étudiants, venus d'horizons pluriels, de réussir. Nous souhaitons faire un pas supplémentaire et proposer partout plusieurs voies d'accès, y compris en dehors du portail santé. Nous mettrons ainsi en place un cadre de formation permettant de compléter certains parcours de formation avec des mineures en santé. Cela impliquera d'informer les lycéens que l'inscription dans tel ou tel cursus de licence donnera la possibilité, dans certaines conditions, de candidater pour les études de santé.

Cette offre devra bien sûr être disponible aussi dans les universités qui n'ont pas de composante santé. Elle permettra de prolonger et d'améliorer des dispositifs qui ont déjà été mis en place dans les antennes PACES comme au Havre, au Mans, à Pau ou à Mulhouse. Elle pourra s'articuler avec l'offre d'accès aux autres métiers de la santé.

Un décret en Conseil d'État fixera le cadre réglementaire nécessaire à ces évolutions en application de l'article 1<sup>er</sup> de la loi et introduira une souplesse nécessaire dans les parcours de formation.

Cette souplesse ira de pair avec une exigence dans l'admission aux études de santé afin de garantir un haut niveau de formation et en conséquence une haute qualité des soins prodigués à nos concitoyens. Ces nouvelles modalités d'admission doivent assurer une équité de traitement sur le territoire tout en sortant de la logique actuelle du « tout QCM » (questionnaire à choix multiples). Elles offriront à des étudiants de différents profils des chances de réussir. Un groupe de travail national a été mis en place à cette fin.

La clé de voûte de ce nouveau cadre reposera sur une distinction entre d'une part, l'acquisition de crédits et la validation d'une année universitaire et, d'autre part, le recrutement dans les filières de santé, qui demeurera sélectif. L'une des pistes actuelles consiste à distinguer une phase d'admissibilité fondée sur le niveau d'excellence académique et une phase d'admission qui sera construite pour évaluer des compétences principalement transversales que des étudiants de profils disciplinaires divers peuvent démontrer. La possibilité de se présenter à deux reprises à ce processus de sélection sera garantie à tous les étudiants, à condition qu'ils progressent dans leur parcours. Bien évidemment, des mesures transitoires adaptées aux étudiants inscrits en PACES en 2019 seront proposées.

L'enrichissement des profils dans le premier cycle est appelé à se traduire dans le deuxième cycle et dans l'accès à l'internat.

Refondre le cadre de l'ECN, c'est tout l'enjeu de l'article 2.

Ce qui change, c'est à la fois l'esprit et la méthode. L'État continuera à réguler la répartition des internes par spécialité et par territoire mais dans le sens d'une plus grande ouverture sans mettre en tension tout le déroulement du deuxième cycle.

En effet, la préparation de l'examen classant national tend aujourd'hui à envahir toute la formation de second cycle, ce qui est bien compréhensible puisque ce seul examen détermine pour une large part les conditions d'insertion professionnelle d'étudiants qui ont investi plusieurs années de leur vie pour devenir médecin. Ce qui changera, c'est que la régulation par spécialité et par territoire ne se fera plus sur le seul fondement du critère coupe-rete qui est actuellement la note obtenue à l'ECN.

L'accès au troisième cycle sera organisé selon trois ensembles de critères qui viseront à mettre en cohérence les profils des étudiants, le bilan de leur formation, leurs aspirations ainsi que les besoins de nos territoires et de l'ensemble de la société.

Bien évidemment, le niveau académique et scientifique restera un élément clef. Une épreuve de connaissances, probablement située en fin de cinquième année, sera conservée. Ce que nous attendons de cette épreuve, c'est qu'elle distingue les connaissances socles, avec une exigence de niveau, des connaissances supplémentaires qui pourront avoir un poids différencié pour le choix de groupes de spécialités : des questions d'anatomie, par exemple, pourraient peser plus lourd pour le choix de spécialités chirurgicales ou des questions de biologie pour les disciplines biologiques.

Les savoir-faire et les savoir-être doivent également prendre leur juste place dans les critères de régulation mis en œuvre par l'État. En fin de sixième année, une épreuve de compétences, qui se déroulera en partie en simulation, sera donc instituée sur le principe de l'examen clinique observé et structuré, largement utilisé en Europe comme en Amérique du Nord. Ce type d'épreuves permettra notamment d'analyser l'interaction avec un patient simulé. Recentrer tout le second cycle sur le cœur du métier et l'acquisition de compétences opérationnelles, telle est la raison d'être de ce deuxième critère.

Enfin, nous souhaitons que le parcours de l'étudiant dans sa globalité puisse être pris en compte dans l'accès au troisième cycle. Les parcours de stages devront être valorisés. Dans le même ordre d'idée, l'attrait des étudiants en médecine pour la recherche sera encouragé.

L'entrée dans la carrière scientifique et l'attractivité du métier de chercheur est au cœur de l'un des groupes de travail constitué dans le cadre de la préparation du projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche.

Ces nouvelles modalités d'accès au troisième cycle ne garantiront peut-être pas à chaque étudiant d'obtenir son premier choix, en revanche, elles permettront à terme de mieux orienter le contenu et surtout la façon dont est vécue la formation vers plus d'ouverture et de sérénité. Nous en attendons également une diversification significative des terrains de stage, en milieu hospitalier et en ambulatoire. Cet enrichissement des parcours sera nourri par la diversification des profils des étudiants en premier cycle et permettra ainsi de former des professionnels de santé mieux en phase avec les attentes de nos concitoyens et les défis que nous devons relever pour transformer notre système de santé.

Voilà, en quelques mots, les contours de la transformation de nos études de santé.

**M. Thomas Mesnier, rapporteur général.** Mesdames les ministres, je vous remercie pour votre présentation très complète du projet de loi. Je tiens également à remercier l'ensemble de vos services pour leur disponibilité et leur réactivité dans leurs réponses à nos multiples demandes de précisions.

Nous avons terminé ce matin nos auditions avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et je dois souligner que ce texte est globalement très bien accueilli par nos interlocuteurs. Cela nous a permis d'effectuer notre travail dans des conditions sereines.

Plusieurs ordonnances sont prévues par le projet de loi. Pourriez-vous nous préciser leurs modalités de ratification ? Pensez-vous que nous pourrions inclure le contenu de certaines d'entre elles dans le texte ? Cela serait vu très favorablement par notre commission.

Pour la réussite de la réforme des études médicales, il me semble très important que le nombre d'étudiants entrant en deuxième puis en troisième cycles soit cohérent à l'échelle des universités. L'adéquation des capacités de formation entre ces deux cycles constitue un véritable défi pour elles. Cela conduit à s'interroger sur la répartition de leurs financements, du nombre d'enseignants, des terrains de stages. Pourriez-vous nous préciser vos objectifs ?

S'agissant de l'organisation territoriale des soins, il me semble essentiel d'apporter des solutions nouvelles. L'introduction du projet territorial de santé, prolongement de la phase 2 des communautés professionnelles territoriales de santé de 2016, constitue un pas en avant. Le partage des tâches dans le cadre de cet exercice coordonné me semble une solution très intéressante. J'ai, pour ma part, plusieurs pistes de travail, en particulier celle qui, malgré moi, a fait la une, et qui consiste à permettre aux pharmaciens, dans le cadre d'un exercice coordonné, après formation et selon un protocole précis, de dispenser certains traitements dans le cadre d'un panier de soins qui pourrait être encadré par la Haute Autorité de santé (HAS) avec obligation d'en informer systématiquement les médecins traitants. Que pensez-vous de cette proposition ? Envisagez-vous de pérenniser la mesure relative aux pharmaciens correspondants que nous avons votée dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale ?

S'agissant de l'exercice médical quotidien, nous avons entendu, dans le cadre des auditions et au contact des professionnels de terrain, des demandes répétées de simplification administrative. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) avait été chargée en 2017, année où j'ai mené une mission sur les soins non programmés, d'explorer de nouvelles pistes

de simplification administrative. Le titre IV du projet de loi comporte plusieurs dispositions allant en ce sens. Vous aviez annoncé à l'occasion de la présentation du projet de loi en conseil des ministres qu'un décret permettrait de prendre des mesures complémentaires. Pourriez-vous nous éclairer sur les chantiers de simplification engagés ou poursuivis dans les prochains mois ?

Enfin, le virage numérique et le *Health Data Hub* font l'objet d'un article particulièrement technique que nos auditions ont permis d'éclaircir. Avez-vous l'intention de confier au groupement d'intérêt public (GIP) « *Plateforme des données de santé* » une mission d'information des patients sur l'exercice de leurs droits ? C'est une demande que les usagers et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ont formulé lors des auditions.

Dernier point, essentiel : hier, nous auditionnions les collectivités territoriales. Quel rôle souhaitez-vous donner aux élus locaux dans la gouvernance des politiques de santé alors que nous passons à l'an II des groupements hospitaliers de territoire ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Mesdames les ministres, je vous remercie pour vos exposés et m'associe à Thomas Mesnier pour remercier à mon tour tous ceux qui nous ont aidés. Cette loi, réellement ambitieuse, transformera notre système de santé et placera le patient en son cœur. Sans revenir sur les aspects généraux du texte, j'aurai plusieurs questions sur le titre premier, dont je suis co-rapporteuse.

Si le patient est mis au cœur de notre réforme, ses besoins et ses expériences sont une richesse que nous pourrions exploiter dès la formation des professionnels de santé. De nombreux pays, à l'instar du Royaume-Uni ou du Canada, ont mis en place des pratiques d'enseignement dans ce sens. Que pensez-vous de l'idée de créer des enseignements dans les filières de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie, qui feraient intervenir des patients ?

D'autre part, l'un des piliers de la transformation de notre système de santé repose sur la valorisation du travail collectif, la mise en commun des compétences des différents professionnels, le renforcement du dialogue par le biais de divers outils, organisationnels ou numériques, au profit des professionnels intervenant autour du patient. L'objectif est de développer une culture commune, afin de favoriser la coordination et, *in fine*, d'améliorer la prise en charge du patient. Cet aspect pourrait être renforcé, dès les formations en santé, en privilégiant des enseignements communs entre filières médicales et paramédicales : apprendre ensemble, c'est aussi apprendre à travailler ensemble et mieux collaborer ensuite. Que pensez-vous de la mise en place de tronc communs d'enseignements dans les filières médicales et paramédicales ?

Comme chacun le sait, l'un des grands enjeux du projet de loi est de faire augmenter le nombre global de médecins formés, en fonction des besoins de nos territoires. L'article 1<sup>er</sup> vise à supprimer le *numerus clausus* et à mieux prendre en compte les besoins de santé. Cependant, afin d'éviter les fuites d'étudiants en troisième cycle et la vacance de certains postes d'internes dans des territoires ayant fortement besoin de professionnels de santé, comme ma région Centre-Val de Loire, il est essentiel de réduire le taux d'inadéquation. Le taux actuel laisse des postes d'internes vides : ce sont autant de médecins qui ne s'installeront pas dans notre région. Afin de mieux adapter la formation aux besoins territoriaux, ne pourrions-nous pas fixer un objectif de réduction de ce taux ?

Enfin, l'article 1<sup>er</sup> permet de définir les capacités d'accueil, après avis conforme, des ARS. Selon quelle méthodologie ces besoins seront-ils évalués ? Pensez-vous que les ARS peuvent s'appuyer sur l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ?

Concernant l'article 3, de nombreux professionnels de santé auditionnés se sont déclarés favorables à l'instauration d'une politique de recertification, telle qu'elle a été présentée dans le rapport du professeur Uzan. Cette recertification, qui interviendrait tous les six ans, permettrait de garantir la qualité des soins, grâce à une formation tout au long de la vie. Pensez-vous possible d'étendre cette recertification périodique à l'ensemble des professions de santé ?

**M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles et de l'éducation.** L'un des objectifs du projet de loi est de permettre un égal accès à notre médecine de qualité. Les articles 1<sup>er</sup> et 2, entre autres, visent à aller le plus vite possible et à modifier les formations universitaires en ce sens.

Le retour sur l'ensemble du projet de loi est très positif. L'article 1<sup>er</sup> supprime le fameux carcan du *numerus clausus* : le nombre d'étudiants en médecine, maïeutique, pharmacie et odontologie sera déterminé au plus près des réalités territoriales. Les auditions ont montré la nécessité d'une concertation étroite entre les universités et les ARS, afin de définir la meilleure adéquation entre les offres de formation et les besoins du terrain. L'article 1<sup>er</sup> vise également à élargir les profils de ceux qui auront accès aux études de médecine, afin de remédier à l'uniformité des parcours qui leur ferme parfois des perspectives d'avenir et limite les possibilités de réorientation vers d'autres métiers. Ces deux articles favorisent la progressivité de la spécialisation, en ouvrant peu à peu de nouveaux horizons aux étudiants, au lieu du couperet qui tombe actuellement en fin de première année. Ils visent aussi à établir des formations communes entre les différents étudiants, afin de favoriser l'interdisciplinarité le plus tôt possible et de créer un dialogue entre les futurs professionnels de santé.

Ces deux articles, qui engagent une réelle transformation, font l'objet d'un large consensus : ils permettront de mettre fin au système actuel qui conduit trop d'étudiants dans l'impasse. Lors des auditions, j'ai été choqué de constater à quel point ces formations étaient difficiles et pouvaient causer un réel mal-être. J'y ai entendu des mots très forts – « boucherie », « sélection par l'échec » –, y compris de la part des doyens, eux aussi très conscients des difficultés psychosociales de certains étudiants. Il était temps d'y remédier. Nombre d'étudiants perdaient, en plus de leur énergie, toute confiance en l'avenir, à une période charnière de leur construction individuelle. L'enjeu est de former davantage de professionnels et d'offrir à nos concitoyens un accès optimal, pour une médecine d'excellence.

Quelques points demeurent toutefois en suspens. Quels seront les moyens pour accompagner les étudiants qui ne seront pas sélectionnés en fin de première année et qui seront réorientés vers d'autres licences, avec une mineure en santé dans l'objectif de repasser l'examen – soit plusieurs dizaines de milliers de personnes à l'échelle du pays ? Cette transformation dépasse le seul cadre d'une réforme des études supérieures : elle doit passer par la transformation de l'accès à ces études, en particulier au lycée. Or le projet de loi ne propose pas d'action spécifique à ce niveau. Un véritable effort doit être réalisé pour renforcer les actions d'information à destination des lycéens, afin de répondre à notre ambition de diversification des profils. Il faut démocratiser l'enseignement supérieur, en aidant les lycéens

venant des REP, des REP + ou des zones rurales, qui ont tendance à s'imposer des barrières. Serait-il possible, mesdames les ministres, d'améliorer le texte en ce sens ?

Enfin, l'accès aux études de médecine se heurte encore, les auditions l'ont montré, à deux écueils face auxquels je n'ai pas trouvé de solution dans le projet de loi : le faible taux de boursiers et la présence bien trop marginale – et je pèse mes mots – des étudiants en situation de handicap. Mesdames les ministres, auriez-vous des réponses concrètes à apporter sur ces deux sujets ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame la présidente, certains des amendements qui seront déposés sur ce texte, qui était très attendu, relèveront de questions budgétaires et seront donc examinés à l'occasion du prochain PLFSS. Permettez-moi de remercier les deux rapporteurs qui travaillent dessus depuis des semaines.

Le vrai coup de cœur, c'est la suppression du *numerus clausus*. Boucherie, gâchis, combien de milliers de vocations ont été brisées sur l'écueil d'un concours quasiment inaccessible ? Je m'y suis moi-même pris à deux fois pour l'avoir. La première fois, j'ai échoué à cause de deux QCM, dont l'un traitait d'Aristote... Je n'ai jamais été convaincu que l'on pouvait sélectionner des médecins de qualité sur la base de QCM portant sur la philosophie ou la métaphysique... La médecine française et l'ensemble des professions de santé gagneraient à revoir les modes de sélection. Actuellement, c'est un peu une course en sac mémorielle : c'est celui qui a la meilleure mémoire qui ira le plus loin, sans qu'il soit tenu compte de ses capacités de raisonnement ou de ses relations humaines. D'ailleurs, une fois le Graal du concours obtenu, 20 à 25 % des personnes renoncent à poursuivre, après s'être rendu compte que, finalement, elles n'étaient pas faites pour cela.

La mesure est d'autant plus opportune que nous en avons marre de payer des chasseurs de têtes pour aller chercher des médecins en Roumanie, qui a le droit de garder ses praticiens, et de voir des bataillons d'étudiants français s'inscrire dans des facs francophones, en Espagne, en Roumanie ou ailleurs. S'il est possible de faire la différence – pour peu que vous vouliez la faire – entre un médecin français et un médecin roumain, la faire entre un médecin français diplômé en Roumanie et un autre formé en France sera un peu plus compliqué... Cette suppression est une décision courageuse, dont je vous remercie.

Le projet de loi vise également à dynamiser les hôpitaux de proximité, lesquels sont souvent destinés à des populations assez âgées – la moyenne d'âge y est de quatre-vingt-quatre ans –, à les équiper de plateaux techniques, pour faire revenir de l'activité et réduire les taux de fuite dans les territoires concernés : on peut s'inquiéter de voir un patient préférer faire trente bornes de plus pour aller se faire soigner plutôt que de se rendre dans l'hôpital le plus proche. Les territoires ruraux et semi-ruraux attendent d'autant plus impatiemment cette mesure, d'autant que l'hôpital y est souvent le premier employeur, qu'il est un lieu de formation et souvent le dernier service public encore ouvert.

Pour renforcer la réhabilitation des hôpitaux des territoires désertifiés et améliorer encore leur qualité, ne pourrait-on pas envisager de créer les conditions permettant à des médecins très expérimentés d'aller y exercer une partie de leur activité, sans les forcer ? Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), par exemple, parvenus en fin de carrière, peuvent continuer à exercer pendant un, deux ou trois ans – c'est ce qu'on appelle le consultanat –, selon certains critères. Ne pourrait-on pas intégrer à ces critères le fait de consulter en partie dans des hôpitaux périphériques ? Non seulement ce PU-PH capé et très

connu dans son territoire attirerait les patients et leur donnerait confiance, mais il viendrait accompagné d'externes et d'internes, qui pourraient découvrir ces établissements, les apprécier et peut-être avoir envie de s'y installer plus tard. Autant de petites choses que nous pourrions introduire dans la loi...

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Monsieur le rapporteur général, nous avons recours aux ordonnances pour huit mesures dans six articles, afin de laisser le temps d'approfondir, avec les acteurs concernés, des réformes qui exigent une concertation approfondie. Des modalités de concertation différentes ont été conçues pour chacune des ordonnances. Le premier article d'habilitation par voie d'ordonnance concerne la recertification des compétences des médecins. Un nombre important de concertations doit être mené, afin de décliner les préconisations du rapport du professeur Uzan, qui nous a été remis il y a trois mois. Nous lancerons au deuxième trimestre 2019 un chantier de concertation avec les différents professionnels pour savoir ce que sera la recertification.

Le deuxième article d'habilitation par voie d'ordonnance concerne la modernisation des statuts d'emploi médical à l'hôpital. Ce projet est engagé dans le cadre du calendrier coordonné avec le développement des GHT, dont il s'agit de modifier les instances médicales et de moderniser la gestion des ressources humaines. Il nécessite aussi de nombreuses concertations globales, et comporte des déclinaisons de nature législative justifiant l'habilitation et d'autres de nature réglementaire. Les travaux de concertation se tiendront jusqu'en juillet 2019.

Le projet de refondation des hôpitaux de proximité a quant à lui été lancé en novembre 2018, dès les annonces du Président de la République. Il s'appuie sur un comité de concertation *ad hoc* qui intègre notamment les fédérations hospitalières et les différentes conférences. Le cadre a été élargi aux acteurs de la ville, pour faire le lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé. Les mesures d'adaptation législative du régime des hôpitaux de proximité s'appuieront sur des séances de travail participatives et itératives qui ont vocation à se tenir pendant toute l'année 2019, ce qui justifie le recours à une ordonnance.

La quatrième mesure a trait à la réforme des autorisations. Il s'agit d'un projet structurant de longue haleine, dont les travaux ont commencé en janvier 2018, qui concerne dix-huit activités de soin et cinq équipements médicaux lourds. Ce projet s'appuie sur un comité de concertation *ad hoc* qui intègre les fédérations hospitalières, les syndicats médicaux, les ARS, les directions d'administration centrale et les opérateurs concernés. Il repose également sur un groupe de travail par activité, qui intègre notamment les conseils nationaux professionnels (CNP), les fédérations hospitalières, les ARS et les opérateurs.

La cinquième mesure concerne la prescription électronique – la e-prescription –, dont l'expérimentation est en cours, sous la conduite de l'Assurance maladie, ce qui permettra de préciser le calendrier du projet.

Le cadre juridique de l'exercice coordonné, la sixième ordonnance, est une mesure qui remonte directement des acteurs auprès des délégués de l'accès aux soins. Elle relaie largement les expressions du terrain. Nous attendons les conclusions des négociations conventionnelles sur ces communautés territoriales de professionnels de santé, afin de connaître les missions précises qui leur seront confiées pour cadrer le travail juridique. Cela permettra également de rouvrir la question des sociétés interprofessionnelles de soins

ambulatoires (SISA) et de la gouvernance. À court terme, les CPTS peuvent d'ores et déjà se constituer sans difficulté sous forme d'association loi de 1901, avec constitution d'une SISA si elles souhaitent redistribuer les revenus entre professionnels. La future ordonnance permettra d'arrêter la future évolution de ce dispositif.

Enfin, les septième et huitième mesures concernent la revue des missions des ARS et la création de l'Agence de santé de Mayotte. Les travaux sont en cours aux niveaux local et national pour respecter l'échéance d'une création au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

La perspective de ces ordonnances a suscité des critiques de la part d'élus et de parlementaires qui craignent d'être exclus des travaux. Je me suis engagée en permanence pour rappeler que le recours aux ordonnances se justifiait essentiellement par le calendrier de la loi, qui doit impérativement être votée avant l'été 2019 afin de faire disparaître le *numerus clausus* et les ECN dès la rentrée. Je m'engage devant vous à travailler avec les rapporteurs pour inscrire certaines dispositions dans la loi, quand cela sera possible, en fonction de l'avancée des travaux des différentes ordonnances.

S'agissant de la délivrance de médicaments sous prescription médicale obligatoire par les pharmaciens ou les pharmaciens correspondants, l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a inscrit le dispositif du pharmacien correspondant dans le cadre expérimental de l'article 51. Le Gouvernement souhaite favoriser ces coopérations interprofessionnelles dans le cadre d'un exercice coordonné, en s'appuyant notamment sur les pharmaciens, qui disposent d'un vrai maillage territorial. Ils souhaitent mettre davantage leur pratique au service de la santé publique et devenir un échelon important de la médecine de proximité.

Nous sommes attentifs à votre proposition. Des négociations relatives aux CPTS sont en cours à la CNAM. Nous devons naturellement veiller à préserver tous les équilibres et à respecter les désirs des uns et des autres. Je vous propose de poursuivre le travail et les discussions avec tous les acteurs, pour être certains d'aboutir à un projet concerté, qui reçoive l'assentiment de tous. Si nous sommes favorables au renforcement du rôle du pharmacien dans les parcours de santé, l'évolution de sa place dans la prescription nécessite encore un peu de travail avec les différents acteurs des CPTS.

La simplification administrative est une priorité du Gouvernement, comme de sa majorité qui nous fait régulièrement remonter les attentes du terrain dans ce domaine. Des expérimentations sont en cours, notamment dans le cadre de l'article 51. Quatre directeurs généraux d'ARS ont obtenu, par le décret du 29 décembre 2017, le pouvoir de déroger à certaines normes réglementaires. Par ailleurs, une réflexion a été engagée en février 2018, avec l'ensemble des directeurs généraux des ARS, pour simplifier et alléger leur mission et leurs modalités de réalisation, afin de se concentrer sur les actions les plus directement liées à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé. Ces actions de simplification relèvent tantôt du niveau législatif, tantôt du domaine réglementaire. Celles de niveau législatif qui étaient prêtes ont été inscrites dans la loi ; d'autres, qui nécessitent encore un peu de temps de concertation, ont été renvoyées à des ordonnances. Les chantiers de simplification contenus dans le projet de loi ne se limitent donc pas aux dispositions de son article 18.

Les simplifications qui seront traitées par voie réglementaire concernent : la suppression des procédures d'agrément ou leur passage sous le régime du principe selon lequel « le silence vaut acceptation » ; l'allègement de l'obligation de transmission de

déclarations à l'administration pour les professionnels et les particuliers – par exemple, pour les prolongations d'arrêt de travail lié à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le médecin n'aurait plus besoin de remplir un volet spécial. D'autres mesures concernent l'allègement du fonctionnement des établissements de santé, comme la publication de leurs actes ou la gestion des comptes épargne temps de leurs cadres dirigeants. Est également prévu un allègement de la procédure préalable aux modifications du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires.

Concernant les missions d'information des patients sur l'exercice de leurs droits au sein de la nouvelle gouvernance de la plateforme des données de santé – le *Health Data Hub* –, il est prévu de constituer un groupement d'intérêt public (GIP). Le Gouvernement a bien l'intention de faire porter par le GIP une mission d'information relative à l'information des patients, qui porterait notamment sur les droits relatifs à l'utilisation de leurs données de santé, en particulier leur droit de rectification, d'accès ou d'opposition. Cette mission pourrait notamment consister en la rédaction d'une charte du droit des patients, dont les modalités restent à déterminer. L'accès élargi aux données de santé et cliniques suppose en effet que les patients soient davantage informés des possibilités offertes par l'exploitation de leurs données de santé, comme des protections qui seront accordées par le droit. Il nous semble évident qu'en matière de données de santé la transparence et, partant, l'information de tous sont essentielles.

Nous avons souhaité renforcer la place des élus dans la gouvernance de cette politique publique, sachant qu'un certain nombre de dispositions avaient déjà été prises dans la loi HPST. Les collectivités territoriales sont déjà inscrites dans l'architecture institutionnelle des ARS, puisqu'elles sont représentées dans les instances de gouvernance. Elles sont dans les conseils de surveillance, les commissions de coordination des politiques publiques, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et dans le conseil territorial de santé. Les ARS sont partenaires des collectivités territoriales, puisque ces partenariats organisent sur une base territoriale la plus proche possible de l'organisation administrative des collectivités leur déclinaison des politiques de santé – je pense notamment aux différentes facettes des projets régionaux de santé élaborés par chaque ARS.

En général, la composante de proximité est celle du département, considéré comme un bassin de santé. Les modalités de ces partenariats se traduisent souvent par la conclusion d'un contrat local de santé ; ces contrats participent à la construction des dynamiques territoriales de santé, en permettant la rencontre des projets de l'ARS avec ceux des collectivités territoriales, au plus près des populations. À ce jour, 305 contrats locaux de santé ont été signés et 70 sont au stade du projet. Il existe aussi des espaces de concertation et de coordination locales au niveau des conseils locaux de santé mentale.

Enfin, la loi vise à créer un projet territorial de santé, qui sera un intégrateur des différentes démarches de coopération lancées par les acteurs sur un même territoire : projet médical partagé, projet territorial de santé mentale, contrat local de santé, contrat territorial de santé. Il permettra ainsi de renforcer la cohérence d'ensemble, à l'échelon territorial, de ces contrats et favorisera leur lisibilité. Cette mesure garantit la prise en compte des projets des collectivités locales, dans le cadre des contrats locaux de santé conclus avec l'ARS. Le projet de loi prévoit l'association des collectivités territoriales à l'élaboration du projet territorial de santé. C'est notre façon de renforcer la place des élus au sein de la politique de santé.

Pour ce qui est du consultanat, monsieur le rapporteur général, il nous semble important de favoriser la participation des PU-PH à l'offre de soins territoriale. Je serais assez favorable à ce qu'ils aillent dans des hôpitaux périphériques qui ne soient pas des CHU. En plus de la dimension pédagogique, qui est intéressante, cela favoriserait les possibilités de stage pour les internes. Cette possibilité pourrait se décliner jusque dans les hôpitaux de proximité, dans le cadre d'un volontariat plus que d'une obligation, en fonction des bassins de vie : il y aura probablement assez peu d'hôpitaux de proximité concernés en région parisienne, où la majorité des consultants aujourd'hui vont à l'AP-HP, par rapport aux régions rurales. Il faut aussi voir comment ils pourront décliner leur activité au sein de ces établissements. En tout état de cause, je suis favorable sur le principe, mais il faudra y travailler plus précisément.

**Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.** S'agissant de la réforme des études médicales, l'augmentation du nombre de postes d'internes dans certaines régions pose avant tout la question de la disponibilité des terrains et des maîtres de stage, plus que celle de l'encadrement par des enseignants titulaires. Concernant l'encadrement et le développement des stages ambulatoires, nous devons poursuivre l'effort, créer des postes d'enseignants associés de médecine générale et voir comment étendre ce statut à d'autres spécialités.

Il faut aussi accompagner la mobilité des internes, pour que des internes acceptés dans une région A puissent effectuer un ou deux stages dans un service très spécialisé d'une région B. Cette question de la mobilité se pose de façon générale. Cela fonctionne déjà dans certaines régions, par exemple dans le regroupement des CHU du Grand Ouest (HUGO). Nous cherchons à encourager ces regroupements, notamment en Île-de-France. Je rejoins ce que disait Agnès Buzyn sur le consultanat ; ce dispositif permettrait également d'augmenter les capacités de stages.

Il est déjà possible de faire intervenir des patients, et certaines universités le font, à une échelle encore trop faible cependant. Cela relève des textes réglementaires. Il sera possible de rendre obligatoire la présence de représentants des usagers dans les jurys d'admission de premier cycle ou pour l'évaluation des compétences en fin de second cycle, qui pourrait avoir un effet levier sur le comportement des acteurs de santé.

Pour ce qui est du tronc commun d'enseignement entre les différentes filières médicales et paramédicales, c'est ce que nous avons fait, en créant le service sanitaire, où il existe une formation à la prévention de plusieurs professionnels issus des différentes filières, que nous faisons ensuite travailler ensemble pour monter des actions de prévention. Le processus d'universitarisation des professions paramédicales va dans ce sens. Il faudra repenser les maquettes du premier cycle. Les conditions y sont favorables. Nous encouragerons les acteurs à s'emparer le plus rapidement possible de ces questions.

S'agissant de la réduction du taux d'inadéquation des postes proposés aux étudiants en fin de deuxième cycle, je ne crois pas aux mesures coercitives. À quoi bon forcer les étudiants, pour que les enseignants en médecine générale ou en médecine du travail se retrouvent avec un tiers de leur effectif qui rechigne à déménager et à s'investir, et préfère repasser les épreuves ou se former en Europe ? Les possibilités de contournement ne manquent pas, si bien que la coercition fonctionne assez moyennement : un nombre non négligeable de médecins renonce même à exercer la médecine. Il faut trouver un équilibre. Nous cherchons plutôt des moyens incitatifs.

Pour aider les ARS à définir la meilleure adéquation entre la nature des besoins en santé et la formation universitaire, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est une bonne idée. Cela pourrait même favoriser le développement de terrains de stage dans le secteur médico-social. C'est en tout cas une piste à creuser.

Pour ce qui est de la recertification, si nous y travaillons pour les médecins, je suis favorable à ce que cette politique de certification et de formation tout au long de la vie soit étendue à toutes les professions de santé.

J'en viens aux moyens nécessaires pour accompagner l'accueil des étudiants, et notamment pour leur permettre de poursuivre leurs études dans d'autres filières que celles de la santé. J'entends bien cette demande qui, vous l'imaginez, me remonte par divers canaux ; mais en fait, la grande majorité de ces étudiants sont d'ores et déjà recyclés dans les filières universitaires. Il ne faut pas croire que le nombre d'étudiants qui se réorienteront va changer ; *a priori*, il devrait même diminuer un peu en raison de la suppression du numerus clausus. C'est plutôt la façon dont on pense les aménagements, les orientations et les poursuites d'études qu'il faut revoir. J'ajoute que l'on pourra compter sur toutes les universités qui actuellement n'ont pas de composantes de santé. Mais il ne faut pas s'attendre à voir des dizaines de milliers d'étudiants supplémentaires arriver dans les universités : de fait, ils y sont déjà. Nous allons travailler pour faire en sorte qu'ils n'échouent pas, en tout cas pour qu'ils soient mieux accompagnés.

La question de l'orientation et de l'information est cruciale de façon générale. Un important travail d'orientation est réalisé dès le lycée, et une sensibilisation à un certain nombre de métiers doit avoir lieu avant le lycée. C'est un processus général que nous envisageons avec Jean-Michel Blanquer : au-delà de l'information sur les professions médicales, il faut entreprendre un important travail de connaissance des métiers qui actuellement fait défaut. On demande toujours aux jeunes de se positionner par rapport à un diplôme, et non par rapport à un métier. Pour ce faire, il conviendrait qu'ils puissent rencontrer des gens qui exercent avec passion un métier, puis qu'on leur explique quels sont les différents chemins pour y accéder. C'est pour cela que nous avons travaillé avec l'ONISEP pour transformer en profondeur les plateformes d'information et d'orientation. Dorénavant, on peut se renseigner sur un diplôme, mais aussi sur un métier, et l'on voit apparaître toutes les formations qui y conduisent. Ce travail devra évidemment se poursuivre.

La question de l'autocensure avant de démarrer des études de médecine est très prégnante : bon nombre de jeunes hésitent à l'idée de s'engager dans un système où ils risquent d'avoir perdu deux années s'ils échouent au concours et de devoir recommencer leurs études en « année zéro ». Le système de progression qui sera mis en place à la suite de ce projet de loi, et qui permettra à un étudiant qui aura réussi son année de rejoindre des professions réglementées devrait contribuer à réduire ce phénomène d'autocensure – c'est en tout cas ce que nous espérons fortement. Le fait que l'on puisse aussi démarrer ses études en proximité en levant la barrière du déménagement obligatoire pour rejoindre une université avec une composante santé devrait également faciliter l'engagement des jeunes.

J'en viens à la question du handicap. Là encore, la diversification de l'accès aux études de santé permet d'avoir des parcours plus adaptés. Ils sont déjà prévus dans les arrêtés de licence, mais ils ne concernaient pas jusqu'à présent la PACES. Bien évidemment, nous sommes prêts à travailler sur toute amélioration que vous pourriez proposer en ce sens.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous en venons aux orateurs des groupes.

**Mme Caroline Fiat.** Madame la ministre, depuis votre arrivée au ministère de la santé, nous avons bien compris, au groupe La France insoumise, que la santé n'était pas la priorité de ce Gouvernement. Il aggrave les causes de morbidité en laissant s'accroître la malbouffe, la grande précarité et l'usage des pesticides les plus dangereux. Il ne cherche pas à soigner la population, encore moins à réduire les inégalités de santé.

En 2018, 4,2 milliards d'euros d'économies étaient réalisés sur le dos de l'assurance maladie, et vous prévoyez 3,8 milliards pour 2019. Dans ce contexte, que pouvons-nous espérer d'un projet de loi relatif à la santé ?

Vous nous parlez de proximité, de gradation des soins, de parcours de soins. Derrière vos éléments de langage, la réalité de vos mesures est tout autre : ce projet de loi est un cache-misère. Pire, il va encore aggraver la situation de notre système de santé public.

Alors que l'hôpital public est malade de la médecine libérale, votre projet de loi promet des saignées supplémentaires en autorisant les praticiens hospitaliers à exercer en libéral et en encourageant les regroupements hospitaliers. Pourtant, la situation n'est-elle pas déjà suffisamment préoccupante ? Les médecins fuient l'hôpital, les médecins étrangers exploités les remplacent comme ils peuvent, les fermetures d'hôpitaux rallongent les distances pour les personnes malades ou accidentées et les files d'attente aux urgences s'allongent.

À cause des fermetures de lits, les soignants perdent un temps fou à en trouver un de libre. Le *turn over* est si important que les équipes de soins n'existent plus. La continuité des soins est entièrement mise à mal.

Vous souhaitez favoriser encore la contractualisation des médecins hospitaliers, contraindre les hôpitaux à mutualiser leurs ressources humaines. Contrairement à ce que vous dites, ce n'est pas à une association de la médecine de ville et de la médecine hospitalière que l'on va assister, mais bel et bien, hélas ! à un détricotage de l'hôpital public au profit de la médecine libérale. Cette dernière, surtout lorsqu'elle exerce en secteur 2, n'est pourtant pas un modèle de service public. Liberté d'installation, dépassements d'honoraires et atomisation ne permettent pas et ne permettront jamais une offre de soins digne de ce nom.

Vous dites vouloir créer la coopération entre médecins, alors que tout dans notre système de financement les pousse à la concurrence. La tarification à l'activité reste la règle, le pouvoir des gestionnaires la norme. Mais l'hôpital n'est pas une entreprise. Aussi, je m'interroge : faut-il se réjouir de l'article 1<sup>er</sup> de ce projet de loi ? La suppression du *numerus clausus* est une bonne chose. Mais si cette mesure ne s'accompagne pas d'une réelle hausse du nombre de médecins formés et de mesures restreignant la liberté d'installation, elle sera totalement inutile.

Pour lutter contre les déserts médicaux, vous dites vouloir des mesures incitatives, mais madame la ministre, ne faites pas semblant : vous savez aussi bien que nous tous ici qu'elles ont toutes démontré leur inefficacité. En revanche, le conventionnement sélectif des médecins serait réellement efficace, mais vous n'y comptez pas. Les zones rurales devront se contenter d'une médecine à distance, par écran interposé en télésoins. Ce projet de loi de santé

est en réalité le projet de loi des inégalités de santé, de l'abandon des territoires ruraux, de la désertification médicale, du détricotage de nos hôpitaux publics.

Et que dire des moyens utilisés ? Vous demandez des chèques en blanc. Par voie d'ordonnances, vous voulez revoir totalement le statut du praticien hospitalier, les missions des hôpitaux de proximité, des groupements hospitaliers de territoire, des ARS. Incapables de soigner notre système de soins, il faudra en plus que vous aggraviez le cas de notre démocratie malade !

Ce projet de loi brille par son refus d'aborder tous les problèmes urgents. Les inégalités de santé se creusent et les déserts médicaux s'accroissent, mais vous n'apportez pas de solutions. Les laboratoires pharmaceutiques déploient tous leurs moyens pour vendre à des prix onéreux leurs médicaments, mais vous ne prévoyez pas une seule mesure pour réguler le secteur. C'est même le contraire qui est fait, puisque l'article 15 renonce à étudier les causes des ruptures d'approvisionnement.

Pas un mot sur les établissements psychiatriques ni sur les EHPAD. Notre démocratie sanitaire est complètement mise à mal. Certaines associations de patients sont obligées de se financer auprès des industries pharmaceutiques pour survivre... Là encore, pas un mot les concernant. Les soignants ont vu ces dernières années leurs conditions de travail se détériorer, engendrant démissions et absentéisme massif : rien sur le sujet.

En définitive, les moyens cruellement insuffisants dont nous disposons sont consacrés à la médecine libérale, et rien n'est fait pour notre système public de santé.

Mesdames les ministres, je suis désolée, notre système de santé n'est pas à vendre !

**M. Pierre Dharréville.** Mesdames les ministres, nous abordons aujourd'hui un projet de loi qui se veut la déclinaison d'une partie du plan « Ma santé 2022 » annoncé par le Président de la République au mois de septembre 2018. Cette réforme est très attendue, tant le monde de la santé est en crise, comme nous l'avons constaté à l'occasion de notre tour de France des hôpitaux. Nos hôpitaux publics et leurs personnels sont en souffrance depuis de trop nombreuses années à cause de multiples cures d'austérité et de la course à l'activité. L'offre de soins se raréfie dans nos territoires, en raison d'une pénurie de médecins, notamment généralistes et d'un *numerus clausus* trop longtemps insuffisant. Il en résulte des inégalités d'accès à la santé qui progressent, et de plus en plus de renoncement aux soins pour nos concitoyennes et concitoyens. Ces constats sont connus et partagés désormais, tout le monde en convient. Il est urgent d'agir pour préserver notre système de santé et garantir l'égal accès aux soins.

Loin d'instaurer des mesures d'urgence pour l'hôpital, cette réforme est d'abord une réforme d'organisation au moment où le système de santé est confronté à une crise de financement majeure. Ce sous-financement chronique de la sécurité sociale et de l'hôpital public est organisé depuis des années par les gouvernements successifs. La Fédération hospitalière de France estime à 8,6 milliards d'euros les plans d'austérité de ces quatorze dernières années.

Les deux premiers projets de loi de financement de la sécurité sociale du quinquennat prolongent la compression des dépenses d'assurance maladie avec un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé successivement à 2,3 % et à 2,5 % quand les

besoins en santé nécessiteraient une progression annuelle de 4,5 % des dépenses de soins. Il en résulte des économies drastiques pour le secteur hospitalier : 1,6 milliard en 2018 et 900 millions en 2019. L'amélioration des comptes de la sécurité sociale ne s'est donc faite qu'au prix de coupes dans les dépenses.

Faire mieux avec moins que ce qu'il faudrait tous ensemble, telle pourrait être finalement la philosophie de ce projet qui s'inscrit dans la continuité des politiques des derniers gouvernements : fuite en avant dans les groupements hospitaliers de territoire, poursuite du virage ambulatoire, objectif des dépenses de santé bridé au regard des besoins, décloisonnement entre le public et le privé – logique d'*open space* qui pourrait très rapidement se transformer en logique d'*open bar*...

D'autres mesures vont dans le bon sens : c'est le cas de la fin du *numerus clausus* que nous réclamons depuis longtemps, ou l'encouragement à l'exercice regroupé des médecins. Des mesures intéressantes, mais de faible ampleur, visent à répondre de manière conjoncturelle à la désertification médicale : encouragement au contrat d'engagement de service public, recours au médecin adjoint. Mais nous craignons que, sans moyens financiers en face, les résultats sur l'amélioration de l'accès aux soins ne soient décevants. La démocratie sanitaire est donc nécessaire.

Le plus inquiétant est certainement ce qu'il n'y a pas dans ce projet de loi. Par plusieurs techniques habiles, comme le renvoi à des ordonnances – il y en a six – ou à des décrets, vous sortez finalement du débat parlementaire les sujets essentiels : la refonte de la carte hospitalière sera dessinée dans les cabinets du ministère, le recours aux ordonnances vous exonère au passage d'études d'impact sur le nombre d'hôpitaux menacés par les restructurations liées à la mise en place des hôpitaux de proximité.

Combien d'hôpitaux seront déclassés, perdront leur service de chirurgie et de maternité ? On parle de 200 à 300 hôpitaux. Vous renvoyez également à des ordonnances la réforme des conditions d'emploi des praticiens hospitaliers et les conditions de rectification des compétences des médecins. Enfin, vous renvoyez à des décrets la réforme des études médicales. Si nous sommes favorables à la suppression du *numerus clausus*, nous ne connaissons pas les contours exacts du système qui aura vocation à le remplacer. Beaucoup de questions se posent : quel pouvoir pour les ARS dans ce système, quels moyens pour les facultés, quels objectifs, quelles ambitions ? Nous avons besoin de professionnels du soin et de la santé en nombre beaucoup plus important dans notre pays. Enfin, à quoi ressemblera la première année des études de santé, et le passage aux années suivantes ? À ce stade, de nombreuses questions restent sans réponses. Nous aimerions pouvoir en discuter dans le cadre du débat parlementaire qui devrait nous mobiliser.

La réforme de la santé aura donc lieu pour l'essentiel en dehors de ce projet de loi, en dehors de nos discussions. Si cela ne nous empêche pas de formuler des propositions, il nous semble que ce n'est pas la bonne manière de discuter et de prendre les bonnes décisions ensemble.

Aristote disait que l'homme est un animal politique...

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ah ! (*Sourires.*)

**M. Pierre Dharréville.** Je ne peux m'empêcher de conclure en vous disant que si cela pouvait montrer une impréparation inquiétante, cela traduit une méthode de gouvernement qui pourrait viser à contourner le Parlement et les enjeux essentiels de la réforme tout en laissant de grandes marges de manœuvre pour écrire une réforme en dehors des radars parlementaires. Nous le regrettons. Les députés du groupe de la Gauche démocrate et républicaine essaieront, tout au long de la discussion, d'obtenir les précisions utiles et nécessaires et de les traduire dans la loi.

**Mme Albane Gaillot.** Mesdames les ministres, mes chers collègues, l'accès aux soins est une préoccupation majeure des Françaises et des Français. Ces dernières semaines, nos concitoyens ont pris la parole pour témoigner leur détresse et leur colère face à la détérioration progressive de nos services publics dans certains territoires. Les situations que nous décrivent les Français viennent conforter le diagnostic que nous nous attachons à poser depuis plusieurs mois. Notre majorité n'a pas attendu le grand débat national pour prendre conscience des inégalités d'accès aux soins. À cet égard, je tiens à saluer le travail mené par nos collègues, Mme Stéphanie Rist et M. Thomas Mesnier, qui sont venus nourrir utilement le texte que nous allons examiner.

Bien qu'il nous faille œuvrer à un véritable changement de paradigme pour relever les défis auxquels nous faisons face, cela ne signifie pas pour autant que tout est à jeter, loin de là. Nous sommes attachés à notre système à la française qui associe une médecine hospitalière et une médecine libérale. C'est grâce à ce modèle particulier que la France se situe au deuxième rang des pays du monde en matière d'espérance de vie de nos concitoyens. C'est grâce à ce modèle que le reste à charge des ménages pour leur santé est le plus faible des pays du monde. Enfin, c'est grâce à ce modèle que notre système de santé fait l'objet de nombreuses convoitises chez nos voisins.

Pourtant, ce modèle s'essouffle. Vous l'avez dit, madame la ministre, notre système de santé a des forces, mais il s'est considérablement fragilisé ces dernières décennies. Notre société a changé : aujourd'hui, nous devons faire face au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques.

Parce que notre société a changé, notre système de santé est en tension. Il est en tension en matière d'accès aux soins : patient sans médecin traitant, délais d'attente excessifs pour accéder à certains spécialistes, et j'en passe. Cette première tension en nourrit une seconde, celle du mécontentement et de l'usure des professionnels de santé, dont le mal-être est grandissant d'année en année, du fait de leurs conditions d'exercice. Et les nouvelles générations, vous l'avez dit, n'aspirent pas à la même carrière que celle de leurs aînés.

Mais fragilité ne doit pas nécessairement rimer avec fatalité. Il n'y a, dans les défis qui se présentent à nous, rien d'inéluctable. Car les limites de notre système ne sont pas le fruit d'un problème de sous-financement, mais plutôt de défauts d'organisation.

Par défauts d'organisation, j'entends le fait que notre système est cloisonné, déséquilibré même, avec d'un côté de trop nombreux professionnels de ville qui exercent de manière isolée, et de l'autre des professionnels de ville et de l'hôpital qui ne communiquent pas, qui ne travaillent pas ensemble, ou pas suffisamment.

Pour adapter un système de santé à bout de souffle – je crois que nous partageons tous ce constat, quelle que soit notre couleur politique –, nous devons repenser notre système

de santé. Les auditions que nous avons menées ces dernières semaines en témoignent. C'est précisément l'ambition que porte ce projet de loi et qui incarne le projet du Président de la République : réformer pour mettre le patient au cœur du système de santé.

Mettre le patient au cœur, cela veut dire construire la réponse des professionnels de santé autour du patient, en proximité, et coordonnée en réseau. C'est ce levier qui nous permettra de relever les défis qui se présentent à nous : la réponse à la demande de soins de la population, l'accélération du virage ambulatoire, l'allègement de la pression sur l'hôpital, l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

La structuration des soins de proximité ne pourra être une solution que si nous sommes capables de redonner du temps médical aux professionnels. Il faut donc former suffisamment de médecins. C'est tout l'objet de la réforme des études de santé, dont nous nous réjouissons, et qui mettra enfin un terme à tant d'années de gâchis.

Cette réforme ne portera pas ses fruits avant dix ans. C'est une première réponse, mais elle ne suffit pas à lutter contre les difficultés d'accès aux soins que connaissent près de 20 % de nos concitoyens dans les zones sous-denses. Il nous faut compter sur toutes les forces vives : les praticiens diplômés hors de l'Union européenne, mais aussi les internes qui ont toutes les compétences pour assister ces médecins débordés.

La structuration des soins de proximité – c'est notre objectif – doit également permettre une prise en charge fluide et coordonnée du patient. Il faut que les professionnels s'engagent à travailler ensemble et à apporter une réponse collective au patient pour répondre aux besoins de santé sur le territoire. Par la réponse aux besoins de santé, j'entends le fait de garantir l'accès à un médecin traitant, d'organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, de proposer davantage d'actions de prévention ou encore de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Cette réponse collective doit avoir une contrepartie : l'autonomie et la confiance en nos professionnels de santé.

Vous l'avez dit, madame la ministre, mais je le redis parce que je crois que c'est la colonne vertébrale de votre projet de loi : l'exercice isolé doit devenir l'exception. Le cadre de cette coopération sera bien sûr la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. C'est dans la proximité que se gagneront les principaux défis qui se posent à nous, une proximité organisée par les acteurs des territoires eux-mêmes.

Si la structuration des soins de proximité est l'un des axes forts de la transformation du système de santé que nous portons, la gradation des soins en est un autre. Car si nous voulons permettre à toutes et tous sur le territoire d'accéder à des soins, nous souhaitons de surcroît qu'ils soient de bonne qualité. Oui, la qualité du système de santé français fait sa renommée, mais nous pouvons faire mieux. Et c'est ce que nous proposons à travers ce projet de loi : organiser la gradation des soins dans chaque territoire, c'est-à-dire que chaque hôpital doit se concentrer sur les soins pour lesquels il est le plus pertinent.

Rien de tout cela ne sera possible sans prendre enfin en compte le déploiement des nouveaux outils numériques. En 2016 a été créée la base de données de santé. Aujourd'hui, il est indispensable que toutes les données de santé soient partagées pour une médecine « 4P » : préventive, prédictive, personnalisée, partagée.

La révolution numérique dans le domaine de la santé doit également apporter de nouveaux services aux usagers pour qu'ils disposent de leurs données de santé et de l'information nécessaire pour être acteurs de leur santé. Je veux parler du déploiement du dossier médical partagé, mais plus largement de l'espace numérique de santé.

Enfin, il est urgent que le numérique tire tous les bénéfices de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé. Nous sommes confiants sur le rôle de la future plateforme des données de santé dans cet exercice.

La transformation du système de santé constitue un engagement fort du Président de la République. Elle correspond également à une attente importante de nos concitoyens et de nos concitoyennes. À cet égard, je me réjouis, au nom du groupe La République en Marche, que nous puissions avancer sur l'épineuse question de l'égalité d'accès aux soins.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Pour le groupe Les Républicains, nous avons un duo, avec M. Door pour quatre minutes, et M. Grelier pour une minute.

**M. Jean-Pierre Door.** Mesdames les ministres, je vous remercie pour ces présentations. Bien entendu, vous vous doutez bien que nous n'avons pas tout à fait les mêmes avis que la majorité – du reste, c'est pour cela que nous sommes là... Tous les observateurs que nous avons rencontrés et les professionnels de santé ont fait le constat que ce projet de loi avait été rédigé de façon précipitée et qu'il était assez flou compte tenu du nombre de domaines réglementaires et du nombre d'ordonnances que vous avez cités.

La suppression du *numerus clausus* de la PACES est un symbole de ce projet de loi, de même que la réforme de l'accès aux deux premiers cycles. Comme vous le savez, madame Vidal, la Conférence nationale des doyens a posé la question de savoir s'il y aura suffisamment d'encadrement et de logistique dans les CHU et les CHR. Les lacunes en la matière seront-elles corrigées ? Garantirez-vous que les CHU et les facultés disposeront des mêmes moyens en termes de qualité, à la hauteur des besoins correspondant aux nouveaux effectifs ? La disparition du *numerus clausus* s'apparente en fait à une augmentation de 20 % de l'ancien *numerus clausus*, qui passe *grosso modo* de 8 000 à 10 000, ou de 9 000 à 11 000 suivant le nombre voulu. Encore faudra-t-il être en mesure de faire face à cet afflux supplémentaire.

Nous sommes très favorables à la disparition des épreuves classantes nationales (ECN) : leur création avait été à l'époque une mesure stupide. Vous les remplacez par un *matching* fondé sur un processus multifactoriel combinant les connaissances, les compétences cliniques et les compétences relationnelles. Mais quelles seront les méthodes d'évaluation ? Comment se fera la sélection, qui reste évidemment nécessaire ?

Le calendrier pose également question, comme l'ont constaté de nombreux observateurs. Vous modifiez le premier et le deuxième cycles, alors que le troisième cycle n'est pas encore abouti, celui qui est parrainé par le professeur Dubois-Randé que je connais bien, et alors que la concrétisation des réformes du bac n'est pas encore entrée dans les faits. Madame Vidal, certaines voix vous ont proposé de décaler l'instauration de la mesure d'un an, de 2019 à 2020 ; mais je ne sais pas ce que vous leur avez répondu.

Comme de nombreux élus de terrain, je m'interroge sur la proposition des hôpitaux de proximité qui seront une carte maîtresse d'accès aux soins en partenariat avec les CPTS.

Madame Buzyn, avez-vous déjà défini la cartographie nationale ou comptez-vous la définir, ce que j'espère, avec les collectivités locales ? Quel statut donnerez-vous à ces hôpitaux de proximité ? Territorialiser l'accès aux soins par voie d'ordonnance n'est pas une solution satisfaisante : cela revient à mettre les élus, les acteurs de santé du terrain, les établissements publics et privés sous la tutelle technocratique des ARS. Il est indispensable que les élus soient associés à la discussion sur ces hôpitaux de proximité.

Enfin, j'ai interrogé les rapporteurs sur la composition de la commission médicale de groupement hospitalier. Comment sera-t-elle définie ? Y aura-t-il une parité ou la proportionnelle dans les sièges ? Il faut prendre garde à ne pas dévaloriser les petits hôpitaux au profit de l'hôpital socle. Il conviendra également qu'il y ait parité au niveau des élus.

**M. Jean-Carles Grelier.** Madame la ministre de la santé, lors de vos interventions, vous avez appelé de vos vœux à de nombreuses reprises l'avènement du texte qui nous est soumis aujourd'hui et qui justifiait le rejet de la plupart des propositions qui vous ont été faites depuis quelques mois. Vous avez également appelé tous les professionnels de santé à vous accorder leur confiance à l'occasion de ce texte. Pouvez-vous nous confirmer aujourd'hui que vous serez bien au banc du Gouvernement, en première comme en nouvelle lecture, pour l'examen de ce projet de loi que vous avez porté et dans lequel vous êtes investie ?

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Mesdames les ministres, je souhaite vous remercier au nom du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés pour ce projet de loi ambitieux en faveur de l'organisation et de la transformation de notre système de santé. Ce moment est historique : comme on le voit à travers le grand débat national, la santé est devenue la première préoccupation de nos concitoyens. Les Français, les acteurs de terrain, les responsables politiques partagent le même constat et les mêmes objectifs : ils sont d'accord sur la nécessité d'un changement profond. Ce changement profond irrigue ce projet de loi qui porte en lui une réforme structurelle d'envergure indispensable à l'heure où notre système de santé doit faire face à des défis contemporains : forte prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, raréfaction de l'offre de soins dans certains territoires.

Un large consensus sur les objectifs de ce projet de loi se dessine parmi les acteurs. Comment ne pas être favorable à la fin du *numerus clausus*, à une meilleure sélection et formation des étudiants, à un meilleur accès aux soins, rendant l'exercice de la médecine plus collectif et en rémunérant l'ensemble des professionnels de santé au parcours plutôt qu'à l'acte ? Comment ne pas être favorable à un décloisonnement ville-hôpital, à un virage numérique, à une meilleure utilisation des données de santé ? Vos intentions sont louables et généreuses ; mais pour que cette belle mécanique s'enclenche – projet de loi, négociations conventionnelles, nouveaux modes de rémunération, comme le propose le rapport Aubert –, nous avons besoin, vous avez besoin et de l'adhésion et de la participation de tous les acteurs de santé, et de sortir d'une logique administrative où tout est décidé d'en haut.

Ainsi, après vous avoir exprimé nos félicitations, permettez-nous d'exprimer nos craintes, en tout cas nos réserves.

Tout d'abord, pourquoi légiférer par ordonnances ? Comme vous l'avez rappelé, sur vingt-trois articles, six habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances. Je vous pose la question, mais nous savons déjà au final qui fera la loi. Nous pensons que le Parlement est le lieu à égale distance entre l'administration, les acteurs et les citoyens où le débat peut et doit avoir lieu et où la délibération peut se prendre en toute transparence. En agissant par

ordonnances, nous craignons que cette réforme ne soit écrite par une technocratie sans l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé. Cependant, j'ai bien entendu et pris acte de la réponse que vous avez faite à M. le rapporteur général.

L'autre fragilité de cette belle mécanique concerne la faiblesse de la démocratie sanitaire dans votre projet. Vos intentions sont louables en souhaitant partir du besoin des patients et encourager les initiatives locales. Cependant, votre projet de loi renforce le rôle des agences régionales de santé. Le risque d'un dirigisme administratif est grand et nous craignons de voir appliquer les directives données depuis le siège de très grandes régions, sans concertation avec les acteurs de terrain. Or ce n'est pas sous la contrainte que les initiatives locales qui ont déjà fait preuve de leur efficacité proliféreront sur le territoire. Bien au contraire, nous souhaitons laisser l'initiative aux élus locaux, à l'ensemble des acteurs de terrain et aux patients qui connaissent le mieux les spécificités de leur territoire.

Enfin, si le titre de votre texte est « *projet de loi relatif à l'organisation de la santé* », il manque une pièce maîtresse – les choses les plus évidentes sont souvent les plus omises. Comment organiser en effet le système de santé en laissant de côté tout un pan de la santé, je veux parler de la prévention ? La santé est un tout. *Quid* de la médecine scolaire, *quid* de la protection maternelle et infantile, *quid* de la médecine du travail ? Comment expliquer une telle mise à l'écart alors que la prévention est la priorité du Gouvernement ?

Si votre projet de loi permet de fluidifier la médecine de ville et la médecine hospitalière, il aurait pu réconcilier Hygiène et Panacée, l'organisation et de la prévention et du soin. La terminologie employée est d'ailleurs éclairante à ce sujet. L'ensemble des lois et codes s'évertuent à parler d'accès aux soins ; j'aimerais que l'on parle maintenant d'accès à la santé dans sa globalité. C'est ici même que réside le cœur du problème, trouvant ses racines depuis 1945 et les ordonnances associées qui ont segmenté le soin et la santé. Soixante-dix ans plus tard, nous nous devons de réconcilier ces deux branches de la santé.

Pour conclure, votre projet de loi est ambitieux. Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés vous accompagnera en commission et dans l'hémicycle, tout en proposant des amendements pour rendre l'initiative aux professionnels de santé de terrain et de première ligne et éviter une suradministration de la santé, pour repositionner le rôle des élus locaux dans l'organisation de la santé, pour donner leur autonomie aux hôpitaux de proximité, lieux qui donnent des convergences entre médecine de ville et médecine hospitalière, et pour replacer la médecine sociale et préventive dans un système de santé qui ne doit plus être seulement un système de soins.

**M. Joël Aviragnet.** La question de la santé de nos concitoyens fait partie des principaux sujets abordés dans le grand débat national voulu par le Président de la République. Or le Gouvernement nous présente son projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé avant que le grand débat national ne soit terminé, et surtout avant qu'il ne trouve un débouché politique concret. Autrement dit, vous passez outre l'avis des citoyens sur une question aussi importante que celle de la santé qui pourtant arrive en bonne place dans leurs doléances.

Par ailleurs, sur vingt-trois articles, vous ne proposez pas moins de sept ordonnances. Faut-il en déduire que vous méprisez aussi l'avis des parlementaires qui, quoi qu'on en dise, doivent relayer les besoins et les attentes des habitants de leurs circonscriptions ? Voilà pour la forme. Je passe sur le fait que ce projet de loi a fait l'objet d'une concertation quasiment

inexistante de la part du Gouvernement vis-à-vis des professionnels de santé, des associations, des syndicats, contrairement d'ailleurs à ce que vous affirmez. On se demande d'ailleurs si nous avons rencontré les mêmes personnes lors des auditions...

Quant à la place des élus locaux dans les politiques de santé territoriales, ce que vous avez lu, madame la ministre, est tout à fait séduisant ; à ceci près que, dans la réalité, les choses se passent un peu différemment.

J'en viens au fond : esbroufe, dédain et omissions. Oui, j'émets de très nombreuses réserves car, une fois de plus, après les grandes annonces du plan « Ma santé 2022 », vous nous présentez un projet de loi au rabais, un projet de loi qui ne répond pas aux annonces que vous aviez faites au mois de septembre dernier et qui ne tient pas compte des attentes exprimées par les Français.

Esbroufe, car vous dites supprimer le *numerus clausus* tout en créant des modalités de régulation identiques. J'en veux pour preuve ce qui est écrit à la page 20 de l'étude d'impact. Les modalités de régulation tiendront compte des capacités de formation, des besoins du système de santé et reposeront sur une concertation étroite entre les universités et les agences régionales de santé. Le nombre d'élèves médecins continuera d'être fixé, comme aujourd'hui, par les ministres concernés. C'est écrit noir sur blanc : tout restera comme avant. En d'autres termes, vous supprimez le *numerus clausus* pour en créer un nouveau qui poursuivra le même objectif et produira les mêmes effets. Mais vous prendrez le soin de l'appeler différemment... Mesdames les ministres, il faut reconnaître que vous êtes excellentes en termes de communication ! Moi-même, j'ai failli vous croire... Il faut cesser ce jeu de dupes qui ne dupe plus personne, en finir avec les tartufferies qui ne servent qu'à produire de la déception et de la défiance pour demain. Vous ne changerez rien au *numerus clausus* car vous n'augmentez pas les capacités d'accueil des universités de médecine, ni en termes d'infrastructures ni en termes de moyens financiers.

Dédain, car concernant les hôpitaux de proximité, vous vous payez de mots. Vous annoncez la création de 500 à 600 hôpitaux de proximité, comme si vous alliez faire construire de nouveaux hôpitaux en France. En réalité, vous allez déclasser les CHU et les centres hospitaliers dans nos territoires. Avec le label « hôpitaux de proximité », vous labellisez le déclassement de l'hôpital public ; c'est bien de cela qu'il s'agit. Vous n'avez que faire des millions d'euros investis par les collectivités locales et donc par l'impôt des Français dans les plateaux techniques, les maternités ou les services d'urgence. Ce qui vous importe, c'est que les hôpitaux dits de province ne grèvent pas le budget de la sécurité sociale... Sauf que vous oubliez que, dans bien des territoires, CHU et CHR sont indispensables. De plus, les habitants des territoires ruraux comme ceux des banlieues ne sont ni des sous-citoyens, ni des exclus de la République. Les hôpitaux de proximité que vous prétendez créer ne sont rien d'autre qu'un dispensaire doublé d'un EHPAD. Dire le contraire serait mentir. Tout ceci est très éloigné des attentes de notre population et des revendications exprimées dans le grand débat national et les cahiers de doléances.

Omissions enfin : ce qui m'a peut-être le plus choqué dans ce projet de loi, c'est tout ce qui n'y figure pas – je veux parler de la prévention, du handicap, des soins à domicile et des soins ambulatoires, des EHPAD et de tous les autres établissements médico-sociaux. Bref, ce projet de loi déçoit profondément, tant sur la forme que sur le fond. J'avoue qu'il sera bien difficile pour les députés du groupe Socialistes et apparentés de l'améliorer, car on n'amende ni l'esbroufe, ni le dédain, ni les omissions.

**M. Paul Christophe.** Mesdames les ministres, nous avons accueilli avec bienveillance les grandes orientations du plan « Ma santé 2022 » présenté par le Président de la République en septembre dernier. Nous partageons votre diagnostic sur les dysfonctionnements qui affectent l'organisation de notre système de santé, désormais inadapté aux besoins des Français. La pénurie de médecins dans le secteur libéral et leur inégale répartition sur le territoire est le résultat des erreurs passées et d'une politique à courte vue dans la gestion de la démographie médicale.

Cette fracture médicale, source de grandes difficultés au quotidien pour nos concitoyens, a également des conséquences désastreuses sur le secteur hospitalier, touché par cette pénurie. Les services d'urgence sont de plus en plus engorgés, en particulier dans les zones sous-dotées en médecine de ville.

Le projet de loi que vous nous présentez aujourd'hui porte donc une noble ambition : celle d'en finir avec le cloisonnement et de renforcer la coopération entre professionnels de santé, en s'appuyant sur les initiatives locales. Si nous partageons l'élan donné, nous ne pouvons cependant pas cacher notre déception devant la mise en œuvre, puisqu'à ce stade de la discussion le texte ne répond que partiellement aux attentes exprimées.

Dans un projet de loi ramassé à l'extrême, sur les vingt-trois articles qu'il comporte, six habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnance et deux ratifient un patchwork de diverses mesures. Près du tiers de votre texte fait donc l'impasse sur le débat parlementaire. Vous vous en doutez, cela ne peut que nourrir notre frustration. Vous multipliez le recours aux ordonnances sur des sujets particulièrement sensibles qui mériteraient pourtant que l'on s'y attarde. Nous n'avons par ailleurs aucune information quant à la méthode de concertation définie pour élaborer ces ordonnances ni de garanties sur les acteurs qui seront effectivement concertés. Nous attendons donc de cette audition des précisions de méthodologie et nous vous invitons, comme cela a été fait pour d'autres projets de loi – je pense, dernièrement, au projet de loi « Justice » –, à associer les parlementaires de tous les groupes à sa rédaction.

Sur le fond du texte, nous partageons les objectifs du titre premier : il ne peut y avoir de réforme du système de santé sans passer par une réforme de la formation. Si nous approuvons la suppression du *numerus clausus*, nous appelons toutefois votre attention sur les difficultés que pourraient rencontrer les universités dans leurs capacités d'accueil pour intégrer correctement ce nombre croissant d'étudiants. Il y a également un sujet sur le terrain des stages disponibles.

Concernant la fixation du nombre d'étudiants admis en deuxième année, tout repose sur un dialogue unique entre les universités et l'ARS. Si nous voulons améliorer la démocratie sanitaire, il est nécessaire de créer les outils de la collégialité. Il faudrait en conséquence associer à la décision les instances ordinales ainsi que les élus locaux.

À ce propos, mesdames les ministres, il ne peut y avoir de réussite de cette réforme sans une association étroite avec les territoires. La réponse à apporter en matière de démographie médicale repose en effet sur une question d'aménagement du territoire et se construit donc avec les élus locaux. Pour l'heure, ceux-ci se heurtent aux ARS, devenues des structures technico-financières. Or ces ARS ont un rôle à jouer dans la constitution des comités professionnels territoriaux de santé que vous souhaitez développer. Afin qu'ils ne restent pas des coquilles vides, il faut garantir aux acteurs du territoire une certaine latitude

pour leur permettre de s'organiser entre eux. Il faut faire confiance au terrain et ne pas faire de la CPTS un nouvel objet administratif et complexe.

Cette confiance doit également se développer entre professionnels de santé. Le décloisonnement passera par le développement du partage des tâches. Lors de nos auditions, les professionnels de santé nous ont confirmé être prêts. Dans sa rédaction actuelle, le texte demeure trop médico-centré et ne s'appuie pas assez sur les autres ressources humaines disponibles en santé. Nous aurons l'occasion d'y travailler avec vous.

Le décloisonnement passera également par la fluidité des carrières entre ville et hôpital, et par l'exercice mixte. Or la réforme du statut du praticien hospitalier soulève de nombreuses interrogations sur les disparités de statuts qu'elle risque d'engendrer.

Nous attendons également beaucoup de la révision de la carte hospitalière et du renforcement de l'intégration des GHT, dont nous craignons qu'ils ne s'opèrent de façon autoritaire et ne correspondent pas à la démarche volontaire affichée.

Enfin, nous approuvons votre volonté de développer le numérique en santé. La création de cet espace numérique ne devra toutefois pas conduire demain à une nouvelle fracture numérique et à de nouvelles exclusions. Nous y serons donc particulièrement attentifs.

En l'état actuel du projet, compte tenu des questionnements qu'il soulève, et dans le prolongement des auditions que nous avons réalisées, mesdames les ministres, je serais tenté de vous dire : « Bien, mais peut mieux faire »... C'est pourquoi le groupe UDI, Agir et Indépendants est prêt à vous accompagner plus avant pour valoriser ce texte.

**Mme Jeanine Dubié.** En préambule, je voudrais vous faire part de mon étonnement de constater que nos trois rapporteurs sont médecins spécialistes de profession. Sans remettre en cause les compétences de nos collègues et leur capacité d'écoute, dont je ne doute pas, je considère que la santé est bien sûr affaire de médecins, mais pas seulement, et qu'elle doit s'inscrire dans une vision globale et collective. Je veux croire que ce choix est totalement fortuit ; mais il est pourtant très chargé de symboles.

C'est avec une certaine déception que nous avons pris connaissance de ce projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, une déception à la hauteur des attentes qu'avait suscitées l'annonce de votre plan « Ma santé 2022 », et surtout à la hauteur des enjeux actuels de notre système de santé. Soyons honnêtes, les difficultés que connaît notre système de soins ne sont pas d'aujourd'hui. Elles sont la résultante de politiques successives assises essentiellement sur des réductions budgétaires sans prendre en compte les évolutions sociétales à long terme, je pense au vieillissement et aux maladies chroniques. Une transformation en profondeur est donc nécessaire, compte tenu de la crise de démographie médicale dans laquelle notre pays est en train de s'installer durablement. Nous avons tous bien conscience de l'urgence de lutter contre les déserts médicaux et des limites des dispositifs mis en œuvre jusqu'ici pour lutter contre ces inégalités.

Le groupe Libertés et Territoires ne peut accepter que des Français soient mieux ou moins bien soignés selon l'endroit dans lequel ils vivent, alors que l'accès aux soins est un droit constitutionnel. Or, aujourd'hui, il faut dix-huit mois pour un rendez-vous chez un cardiologue, six mois chez un ophtalmologiste, trois mois chez le dentiste, sans parler des praticiens qui refusent de nouveaux patients – notamment les gynécologues. Dans notre

circonscription, nous sommes tous et toutes témoins de drames humains pour des personnes souvent fragiles ou âgées dont les moyens sont modestes et qui rencontrent les pires difficultés pour être prises en charge. Nous voyons également des médecins accablés par une charge de travail considérable, en proie à un véritable malaise. Ce constat est d'autant plus préoccupant que, nous le savons, la situation va s'aggraver dans les dix années à venir : les évolutions le confirment, un médecin sur deux a ou aura bientôt plus de soixante ans, les jeunes médecins ont des aspirations différentes, le temps médical disponible baisse. Or la population française vieillit, son niveau d'exigence augmente, tout comme les maladies chroniques. Elle ne va pas s'aggraver seulement pour les territoires ruraux, les villes moyennes et les banlieues, dans lesquels il y a déjà urgence, mais aussi dans les métropoles, qui connaissent actuellement leurs premières difficultés.

Par conséquent, notre groupe considère que la progression des déserts médicaux ne pourra être enrayerée que si notre politique de santé est profondément repensée. Or votre plan ne répond malheureusement pas à l'urgence. Les mesures proposées, qui vont dans le bon sens, mais pas assez loin ; et surtout, elles ne trouveront pas leur plein effet avant plusieurs années. Le *numerus clausus* n'est pas supprimé, contrairement à ce qui est annoncé, mais seulement relevé. La suppression des épreuves nationales classantes et la prise en compte des critères régionaux dans la détermination des effectifs sont des mesures intéressantes, mais là encore trop timides ; nous proposerons de créer de véritables internats régionaux. Le projet de loi aurait gagné à prendre en compte toutes les professions intervenant auprès des patients dans une approche pluridisciplinaire et en faisant évoluer le cadre légal des infirmiers, notamment en pratique avancée, pour mieux fluidifier l'exercice coordonné.

D'une manière générale, c'est le flou qui règne la plupart du temps. La définition et les missions des hôpitaux de proximité ne sont pas précisées. La généralisation des CPTS est certes abordée, mais sans indications sur leur forme juridique et leur financement. De même, sur la révision de la carte hospitalière, c'est la méthode que vous employez que nous déplorons fortement, méthode qui entretient ce flou et qui ne nous permet pas vraiment de nous positionner sur ce projet. En effet, la lisibilité de la loi est entravée par les nombreux recours aux ordonnances, aux décrets, aux conventions ou encore au prochain PLFSS. Non seulement cela revient à remettre au lendemain ce que l'on doit faire maintenant, mais ce n'est pas compatible avec la tenue d'un dialogue social de qualité, à tous égards indispensable.

Certains recours aux ordonnances sont difficilement compréhensibles : pour certaines d'entre elles, les délais de mise en œuvre pourront atteindre dix-huit mois... Le prétexte de l'urgence ne tient pas. Une fois de plus, les parlementaires sont mis à l'écart, alors que ce sujet mérite que nous soyons tous concertés. Comment comptez-vous garantir que nous prendrons part aux côtés des professionnels de santé et des usagers à la construction de ces ordonnances ?

Enfin, quand ils ne sont pas flous, certains points essentiels ne sont tout simplement pas abordés. Je pense au financement des hôpitaux, aux besoins d'investissement. Certains de nos hôpitaux connaissent d'importants déficits ; beaucoup réclament une revalorisation de leurs tarifs, et je salue votre décision de les augmenter de 0,5 %, mais c'est bien insuffisant. Le texte ne mentionne pas les nécessaires investissements en matière de matériel hospitalier et la situation des personnels n'est pas non plus abordée.

Beaucoup d'incertitudes, donc, sur ce projet de loi pourtant attendu, et beaucoup de déception. Les députés du groupe Libertés et Territoires seront force de proposition pour améliorer notre système de santé.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Mme Fiat étant partie, je ne répondrai pas à sa prise de parole.

Mme Gaillot n'a pas non plus vraiment posé de question ; je la remercie en tout cas de son soutien.

Monsieur Door, le périmètre de ce projet de loi vous semble insuffisant, mais c'est un choix que j'assume parfaitement. En arrivant au ministère, j'avais d'emblée indiqué que je ne souhaitais pas une grande loi de santé de 250 articles balayant tous les sujets, de la taille des mannequins à la démocratie sanitaire en passant par la prévention – j'en suis désolée pour le rapporteur général Olivier Véran, mais cela a déjà été fait... J'entendais concentrer le travail de mon ministère sur un texte législatif resserré et absolument nécessaire à la transformation. Ce projet traduit exactement ce dont nous avons besoin dans la loi pour aboutir à une transformation du système de santé. C'est volontairement qu'un certain nombre de sujets qui n'y participent pas directement ne sont pas abordés.

Beaucoup de sujets sont d'ordre réglementaire. Cela permet une souplesse, une adaptation plus rapide. On voit bien à quel point nous sommes parfois bloqués quand nous inscrivons certaines dispositions « dans le dur » pour adapter la législation à l'urgence de certaines situations, à plus forte raison lorsque les calendriers parlementaires sont très serrés. C'est typiquement ce qui s'est produit avec les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) : faute de disposer de leviers réglementaires depuis plusieurs années, nous n'avons pas pu intégrer ces professionnels dans notre système de santé : il fallait un véhicule législatif. Voilà pourquoi je souhaite inscrire dans le dur uniquement ce qui est absolument nécessaire. Ce texte sera du reste l'occasion de régler le problème des PADHUE.

Vous avez également parlé des hôpitaux de proximité. Il n'y a pas de plan ni de cartographie proposée en la matière, mais bien l'idée d'offrir aux professionnels ainsi qu'aux élus locaux et aux citoyens des bassins de vie la possibilité de proposer un label « hôpital de proximité » qui donnerait en contrepartie doit à des investissements et des cadrages permettant peut-être à ces hôpitaux de revivre.

Pour moi, l'hôpital de proximité est un hôpital qui répond aux besoins de premier recours d'un bassin de vie. Aujourd'hui, quelque 230 hôpitaux de proximité existent, depuis la loi de 2016, mais il n'y a pas eu d'adhésion massive à ce type de cadrage. Ils font l'objet de financements particuliers ; il est en effet absolument nécessaire que les financements soient adaptés car ce ne sont pas des hôpitaux qui ont pour vocation d'augmenter leur activité. En revanche, ils rendent un service particulier à la population locale.

L'un des hôpitaux de proximité que j'ai visité la semaine dernière, celui de Pont-Audemer, m'a semblé être le modèle. Cet hôpital s'est restructuré et s'est concentré sur un plateau technique biologie-radiologie, avec un scanner et de la radiologie standard, et qui a de la médecine polyvalente, de la gériatrie et des urgences. À l'occasion de cette restructuration, l'établissement a contractualisé avec l'hôpital porteur du GHT, l'hôpital du Havre, et les spécialistes du Havre ; chirurgiens, cardiologues, dermatologues, vont une journée par semaine donner des consultations avancées dans cet hôpital. Ainsi, les habitants de Pont-Audemer ont

accès en proximité à un plateau technique de premier recours, peuvent être hospitalisés pour des suivis de pathologies simples et ont accès à tous les spécialistes de l'hôpital du Havre. En cas de besoin d'un acte chirurgical, ils sont pris en charge au Havre pour l'acte, mais reviennent à Pont-Audemer pour les éventuels soins de suite. C'est un très beau modèle, car il garantit la continuité et la qualité des soins tout en assurant un plateau technique de premier recours qui rend service à la population. C'est ainsi que je vois l'hôpital de proximité à l'avenir.

Les concertations débutent aujourd'hui avec les fédérations hospitalières et les élus sur ce que pourrait être ce modèle. L'idée n'est pas d'arrêter une cartographie définie par le ministère ni même les ARS, mais de faire en sorte que chacun postule à ce label « hôpital de proximité » en contrepartie duquel il bénéficiera d'un financement, d'investissements, d'une restructuration.

Vous demandez ce que seront les communautés médicales d'établissement (CME) du futur GHT. Il est prévu, dans le cadre des ordonnances, que les CME fassent l'objet d'une concertation. La parité, vous avez raison, doit être préservée : l'équilibre entre petits et grands hôpitaux doit être impérativement respecté. Le but n'est pas de voir l'hôpital tête du GHT absorber tous les moyens mais au contraire de faire en sorte qu'il vienne en soutien des hôpitaux de proximité ou des hôpitaux plus éloignés. Nous serons extrêmement attentifs à ce que cela ne se traduise pas par un appauvrissement des hôpitaux de proximité mais par une juste répartition des ressources, avec des consultations avancées et parfois la mutualisation de moyens. C'est ce qui s'est fait à Orléans, où a été mise en place la mutualisation des médecins urgentistes entre l'hôpital tête du GHT et les hôpitaux périphériques, ce qui permet de maintenir des services d'urgence toujours attractifs, avec des urgentistes qui tournent, tantôt dans l'hôpital tête de pont du GHT les jours où l'activité y est très importante, tantôt dans les autres établissements les jours où elle est moins soutenue. Cela permet de préserver leurs compétences, contrairement aux hôpitaux très clairsemés qui sont moins attrayants pour les professionnels car ils n'y ont pas assez d'activité.

Monsieur Grelier, si j'ai accepté ce poste de ministre, c'est parce qu'il me semblait impératif de transformer notre système de santé. Cela a été une des raisons de mon engagement en politique : en tant que professionnelle d'un hôpital public et responsable de diverses institutions, cela faisait des années que je constatais des dysfonctionnements. C'est le fruit d'une longue réflexion. Mais ce projet de loi est également le fruit de l'apport des groupes de travail depuis que le Premier ministre a lancé, le 13 février 2018, la dynamique de la transformation du système de santé. Cela a conduit à des annonces du Président de la République en septembre, et ces groupes de travail, qui comportaient des professionnels, des fédérations, des syndicats, des usagers, des élus, ont permis l'aboutissement de cette stratégie de transformation. Si je me suis engagée, c'est évidemment pour porter ce projet.

Monsieur Isaac-Sibille, vous me demandez qui écrira les ordonnances. C'est le temps de la concertation : je l'ai dit, les élus et les parlementaires en feront partie, comme je m'y suis engagée. L'idée n'est pas d'écarter les parlementaires de la réflexion. Nous étions pris par l'urgence de la nécessité de supprimer le *numerus clausus* ; c'est ce qui a abouti à ce calendrier très serré, mais nous tenons à ce que la concertation se poursuive sur ces enjeux majeurs, comme les hôpitaux de proximité.

Vous avez regretté l'absence de la prévention, mais celle-ci a fait l'objet d'un plan « Priorité prévention ». Un comité interministériel à la prévention se réunira le 25 mars autour du Premier ministre ; vous connaîtrez alors les priorités du Gouvernement en la matière pour

cette année. De nouvelles mesures phares seront présentées lors de ce comité interministériel. De fait, la prévention est partout. Elle est dans la réforme des modes de financement : les financements forfaitaires que nous créons dans le cadre de la réforme de la tarification visent précisément à en faire le quotidien des professionnels de santé, à l'intégrer dans leur rémunération et leur tarification. De même, les missions des CPTS comprennent l'éducation à la santé et la prévention. C'est en cours de négociation à la CNAM dans le cadre de la négociation conventionnelle puisque les CPTS auront des missions socles dont celle de la prévention en santé dans leurs bassins de vie. Le sujet est donc complètement intégré au projet de loi, même si ce texte n'est pas un projet de loi sur la prévention et son organisation. Ce qui manque à notre système de santé, c'est une prévention totalement intégrée aux pratiques professionnelles ; c'est exactement ce que nous mettons en œuvre, en passant d'une tarification à l'acte, qui ne prend jamais la prévention en compte, à une tarification forfaitaire ou à un parcours de santé qui intégrera la prévention par les professionnels de santé, de même que le financement des CPTS intégrera cette mission.

Monsieur Aviragnet, nous ne faisons aucunement fi du grand débat national : il enrichira le projet de loi s'il se présente des modifications par rapport à ce que nous proposons mais, en réalité il ne fait que mettre en exergue le constat que nous faisons tous, notamment au sein de cette commission, depuis deux ans, à savoir que notre système de santé est à présent inadapté aux pathologies chroniques et aux besoins de nos concitoyens, et qu'il est urgent de le réformer. Heureusement que nous n'avons pas attendu le grand débat national pour penser à une réforme du système de santé, à travailler sur les déserts médicaux ou le numerus clausus ! C'est depuis notre arrivée au Gouvernement que nous travaillons sur ce projet qui réglera normalement les problèmes de nos concitoyens. Cela ne signifie pas que nous serons sourds aux propositions, mais tout simplement, et c'est heureux, que nous avons anticipé et commencé à travailler.

Je me suis déjà exprimée sur les hôpitaux de proximité, en citant des modèles qui montrent le service rendu en termes de proximité comme en termes de qualité des soins et des pratiques. C'est ce que nous recherchons tous.

Les EHPAD ne figurent effectivement pas dans le projet de loi ; mais vous savez qu'une consultation vient de se terminer et que j'attends le rapport de Dominique Libault qui aboutira à une loi sur le grand âge et l'autonomie. La question des EHPAD sera évidemment traitée dans ce cadre.

Monsieur Christophe, j'ai rappelé la méthodologie sur les ordonnances. Vous appelez à associer les élus des territoires : j'en suis intimement convaincue. Par contre, je vous invite à la prudence : la santé n'est pas seulement un enjeu d'aménagement du territoire. Nos concitoyens le voient souvent ainsi, et c'est vrai que c'est un enjeu territorial, mais nous sommes aussi garants de la qualité des soins prodigués. Nous devons donc faire coexister cet enjeu de proximité et d'aménagement du territoire avec des enjeux de qualité des pratiques ; c'est exactement l'objet de ce projet de loi. Mais je vous rejoins sur le fait que les élus doivent être partie prenante des réflexions.

Vous trouvez ce texte trop médico-centré. Je ne le crois pas, car nous avons été très attentifs à utiliser l'expression « *professionnels de santé* », considérant que le projet de loi vise à embarquer la totalité des professionnels dans des exercices coordonnés. Les CPTS sont clairement des exercices coordonnés pluriprofessionnels. Le partage des tâches est emblématique de ce projet de loi : encourager les délégations de tâches, apprendre à travailler

ensemble dans des parcours conjoints... Nous serons très attentifs à ce que cela n'apparaisse pas comme un projet de loi pour les médecins. Au contraire, nous voulons montrer à ces derniers qu'ils font partie d'un tout qui intègre l'ensemble des professions de santé au bénéfice des malades.

Les GHT n'auront rien d'une démarche autoritaire. Cela ne l'était pas dans le projet de loi de Marisol Touraine ; elle était laissée au bon vouloir des acteurs de terrain. Nous ne changerons pas de philosophie : c'est un projet de loi qui va s'adapter à chaque territoire, un projet de loi qui ne veut pas être trop normatif, afin de permettre à chaque territoire de faire émerger des projets qui lui ressemblent. On ne peut pas traiter de la même façon la banlieue parisienne et la Corse ; ce ne sont pas les mêmes problématiques de déplacement ni de santé publique. Je reviens de Guyane, où les problèmes sont encore différents. L'idée est de laisser chaque territoire faire les propositions d'organisation qui lui correspondent, en fonction des acteurs de terrain.

On m'a par exemple souvent demandé si un hôpital de proximité pouvait être un établissement privé. Spontanément, j'ai répondu que non, que les hôpitaux de proximité sont des hôpitaux publics ; mais j'ai découvert que, dans certains territoires, il n'existe pas d'hôpital public de proximité et c'est une clinique privée qui en fait office. On s'adaptera. Si tel est le cas, il est hors de question de détruire, par dogmatisme, un outil existant au sein d'un territoire. C'est un projet de loi cohérent mais qui sera peu normatif, de façon à laisser s'exprimer l'intelligence de terrain. J'ai totalement confiance dans les initiatives de terrain.

Nous serons attentifs à la fracture numérique. Nous savons qu'elle existe, notamment à cause des problèmes d'aménagement du territoire mais aussi à cause de l'âge de nos concitoyens. L'idée est de promouvoir des outils numériques indispensables mais nous serons attentifs à ce que cela ne crée pas de disparités territoriales.

Madame Dubié, ce ne sont pas les ministres qui choisissent les rapporteurs, même si nous sommes ravis du choix qui a été fait... Je ne peux donc vous répondre sur ce point.

Vous considérez que la loi ne va pas assez vite et pas assez loin. Cette loi, je le rappelle, n'est qu'une brique dans la transformation. Elle ne va pas assez vite car il y a urgence, vous avez raison, mais je pense que le risque serait grand de tout mettre dans la loi en faisant fi des concertations nécessaires avec les professionnels et de braquer un certain nombre d'entre eux, alors que nous avons besoin de tous pour assurer le déploiement d'une médecine de proximité. Le temps passé à la concertation, sera autant de temps gagné par la suite pour embarquer tous les professionnels dans les territoires. C'est ma méthode de travail : nous devons être en mesure d'embarquer tout le monde car c'est le meilleur gage de succès. Je remercie tous les professionnels qui nous ont accompagnés. Les syndicats, les ordres, les fédérations hospitalières sont d'accord sur les orientations de cette loi. On peut regretter qu'elle arrive tard au regard de l'urgence de la situation, mais au moins, elle arrive et tout le monde sera dedans. On peut s'en réjouir : trop de lois ont braqué les professionnels, au détriment de l'objectif poursuivi.

Les pratiques avancées se déploieront pour d'autres professionnels – en l'occurrence les infirmiers. J'ai prévu que les infirmiers de pratique avancée puissent exister dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale à partir de 2019, mais l'idée est d'élargir chaque année le champ de compétences des infirmiers en pratique avancée, voire de le proposer pour d'autres professionnels de santé.

Vous avez parlé de carte hospitalière : il n'y en a pas. Nous ne nous voyons pas comme normatifs, je l'ai dit, sur les organisations territoriales. Nous faisons confiance aux GHT, aux élus locaux, aux ARS pour nous proposer des montages cohérents. Des allers-retours auront lieu en permanence avec les élus locaux dans le cadre des projets territoriaux de santé. C'est ce que vise l'article qui y est consacré : une capacité de travailler entre ARS, élus et professionnels sur un projet partagé qui prend en compte tous les contrats locaux existants.

**Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.** Monsieur Aviragnet, sauf erreur de ma part, le paragraphe auquel vous faites référence, qui prévoit que le nombre de places en médecine sera fixé par les ministres, ne concerne que le service de santé des armées... Dans tous les autres cas, le *numerus clausus* est bel et bien supprimé. Les décisions seront prises localement entre les universités et les ARS.

Cela me permet de rebondir sur les interrogations exprimées par M. Door. Augmenter le nombre d'étudiants formés dans les professions de santé nécessitera en effet des moyens supplémentaires mais il est bien prévu que les choses se passent dans le cadre des capacités d'accueil des établissements. C'est cela qui fixera réellement le nombre de médecins que l'on peut former. Nous maintenons évidemment une sélection : il n'est pas possible de laisser accéder aux professions de santé tous les jeunes qui souhaitent s'y engager – il y va de la qualité même de la formation. La sélection reste donc la règle, mais avec la possibilité pour tous les étudiants de progresser, qu'ils aient été ou non sélectionnés. En ce qui concerne les examens classants nationaux (ECN), il n'y avait en réalité pas de sélection jusqu'à présent : le dernier classé était, quelles que soient ses notes, affecté. Il nous paraît important de rétablir des épreuves vérifiant un certain niveau de compétences socles.

S'agissant du déploiement, la réforme de la PACES interviendra à la rentrée 2020 ; pour les ECN, sont pour l'instant concernés les examens ceux qui se dérouleront en 2022.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous allons passer aux questions des divers commissaires.

Vingt-quatre questions devant être posées ; si vous souhaitez des réponses substantielles, je vous demande de vous en tenir à une minute par question.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Merci, mesdames les ministres, pour ces propos. Quoi qu'en disent certains de nos collègues, votre projet donne envie... Vous êtes sur une ambition pour notre système de santé que je partage pleinement.

Le titre premier du projet de loi propose une refonte de la formation initiale et continue en santé, avec comme objectif, aux articles 1<sup>er</sup> et 2, l'amélioration de la qualité de vie des étudiants, à la fois par l'arrêt des concours et des épreuves couperets, fondés sur des compétences mnésiques, et par l'orientation progressive des étudiants dans leurs projets professionnels. C'est un élément fondamental quand on sait qu'en PACES, comme tout au long des années de médecine, nombre d'étudiants sont en souffrance.

Mais la problématique du bien-être des étudiants en santé dépasse le seul cadre de cette réforme structurelle. Le docteur Donata Marra, dans le rapport qu'elle vous a remis il y a un an, souligne bien la gravité des enjeux et la marge de progression importante qui demeure. Pourriez-vous nous préciser où en est l'application des recommandations de ce rapport et dans

quelle mesure la réforme des études de santé et en particulier du mode d'évaluation permettra une amélioration de la qualité de vie des étudiants ?

**Mme Ericka Bareigts.** On parle beaucoup de cette stratégie territoriale de santé que vous souhaitez décloisonner et coordonner sur un plan pluri-professionnel. Mais comment et avec qui ces projets seront-ils organisés, quand les réalités des territoires sont très différentes – je pense évidemment à la France ultramarine ?

Quelques informations en vrac sur les territoires ultramarins : une mortalité infantile presque deux fois plus élevée que dans l'hexagone ; un secteur psychiatrique sous-financé – 20 % de moins que dans la moyenne nationale ; une démographie en pleine mutation, par exemple à la Réunion, où nous aurons 100 000 personnes âgées de plus en 2040, avec seulement 40 places en médico-social pour 1 000 habitants, contre 125 à 126 pour 1 000 en France hexagonale.

L'hôpital public joue un rôle fondamental, mais avec un coefficient géographique qui le met en grand danger. Ma question est simple : comment comptez-vous mettre en place votre stratégie pour les territoires ultramarins, en agissant sur les différents éléments que je viens de citer ?

**Mme Annie Vidal.** Je vous remercie, mesdames les ministres, pour la présentation de ce projet de loi, très attendu par les professionnels, et qui repose sur une approche pluri-professionnelle du parcours des patients, ce qui est très important. Je souhaiterais des précisions et des avis sur deux points.

L'article 18 dispense les structures médico-sociales d'appel à projets pour les opérations de transformation de la catégorie de prise en charge. Une exception est faite pour « *des services à domicile qui ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux* ». Cette exception ne risque-t-elle pas d'être discriminante pour ces services à domicile, à l'heure où l'EHPAD « hors les murs » est et doit être porté et encouragé ?

Ma seconde question porte sur le zonage. Cette mesure a pour objectif de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de lutter contre les disparités géographiques en ciblant les moyens sur des zones en plus grande difficulté. Toutefois, de nombreux professionnels de santé et certaines ARS, considèrent à l'usage, ce système comme inopérant. Est-il envisageable de repenser le système du zonage ?

**Mme Catherine Fabre.** Comme vous l'avez dit, madame la ministre, la collaboration autour d'un projet commun sera une des compétences clés attendues demain chez les professionnels des soins de santé. À ce titre, vous avez indiqué que la mise en place d'un tronc commun est dans la logique de cette transformation de la formation dans les métiers de la santé – ce dont je me réjouis.

Ce tronc commun pourrait-il concerner également les formations qui dépendent du ministère de la santé, comme les infirmiers ? Le titre premier concerne les médecins, les pharmaciens, les odontologues et les sages-femmes ; mais la mise en place d'unités d'enseignement commune avec d'autres professionnels, tels que des psychomotriciens ou des infirmiers, permettrait à la fois d'améliorer la coordination entre tous ces professionnels et de

dynamiser les trajectoires professionnelles de l'ensemble de ces publics, en multipliant les passerelles et les possibilités de reprise d'études raccourcies.

Plus largement, quelle vision portez-vous concernant l'organisation de la formation initiale, mais aussi continue, des professionnels de soins de santé ? Comment pouvons-nous permettre à une infirmière ou à un psycho-motricien, de devenir plus facilement médecin, grâce à la validation des acquis de l'expérience et à une meilleure organisation de la formation ?

**M. Francis Vercamer.** Madame la ministre, je vous ai déjà interpellée à plusieurs reprises sur le sujet des inégalités sanitaires qui se creusent dans nos territoires. Cela instaure une véritable fracture entre nos concitoyens. C'est un paradoxe : le système de santé français, considéré comme l'un des plus performants par l'OMS, est aussi celui où, parmi les pays d'Europe de l'Ouest, les inégalités sociales et territoriales de santé sont les plus marquées.

À titre d'exemple, en 2018, l'espérance de vie des habitants de la Nièvre ou du Pas-de-Calais est de cinq ans inférieure à celle de ceux de Paris ou de l'Île-de-France. Ces différences sont évidemment à rapprocher des inégalités sociales : les 5 % des Français les plus aisés vivraient en moyenne treize ans de plus que les 5 % les moins riches du pays.

Ces inégalités s'expliquent en partie par des facteurs sociaux ; elles sont donc en partie évitables. Perçues comme particulièrement injustes, elles doivent constituer un objectif prioritaire de santé publique, comme le précise l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946. Croyez-vous que votre projet de loi parvienne enfin à réduire ces inégalités, alors même que les dispositions du texte ne traduisent pas de réelle mobilisation sur cet objectif ?

**M. Mustapha Laabid.** Ce projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé met en avant le décloisonnement des professions du secteur. Je voudrais évoquer avec vous le cas des médecins biologistes médicaux, dont le rôle est croissant dans le parcours de soins.

Aujourd'hui, les examens de biologie médicale participent à 70 % des décisions médicales prises par les praticiens et ce rôle clé est appelé à croître dans les années à venir. L'incitation à la concentration avait ses raisons : les nouvelles technologies exigeaient des montants d'investissements que les petits laboratoires ne pouvaient pas se permettre. Mais, hélas, les aléas législatifs ont favorisé l'émergence d'une situation qui pose aujourd'hui question en termes de santé publique.

La loi de 2001, dite MURCEF, domine aujourd'hui le territoire, au profit des grands groupes. Aujourd'hui, on observe une concentration dans le secteur au bénéfice des groupes financiers, qui ont bénéficié, jusqu'en 2013, de dérogations prévues par cette même loi. Aujourd'hui, ces grands groupes, qui détiennent plus de 50 % du secteur, proposent des analyses réalisées par des non-biologistes. Tout porte à craindre qu'ils n'obéissent d'abord à une logique marchande guidée par la seule rentabilité.

Madame la ministre, une attention particulière au métier de biologiste médical indépendant sera-t-elle apportée dans le cadre du programme « Ma Santé 2022 » ?

**M. Bernard Perrut.** Pour avoir mis en place un GHT souvent cité en exemple, je considère que l'organisation de l'offre de soins dans les territoires ne peut se traiter sans les élus. Le rôle et l'influence des élus locaux méritent d'être renforcés, car toute décision

concernant l'organisation hospitalière a des impacts forts et directs sur le maintien et l'installation des médecins, sur l'accueil des nouveaux habitants et des entreprises, sur l'emploi, sur les transports et sur l'attractivité des territoires.

Quelle place, madame la ministre, allez-vous donner aux élus dans les hôpitaux, et notamment les hôpitaux de proximité, dans les GHT, dans les CPTS et dans les CPAS, à travers le projet territorial de santé ? Quelle vision avez-vous réellement de la gouvernance ? Vous comptez traiter ces questions par la voie des ordonnances ; à mon sens, ces sujets devraient plutôt relever de la discussion des représentants de la nation que nous sommes. Car nous nous battons contre les inégalités territoriales et nous voulons des soins au bon moment, au plus près de chez soi et avec une exigence de qualité et de sécurité !

**M. Belkhir Belhaddad.** Je souhaiterais, mesdames les ministres, vous questionner sur la place qu'occupe la prévention dans l'organisation de notre système de santé, et notamment sur l'engagement présidentiel de la création de maisons de sport et de la santé, ainsi que sur la volonté d'inclure, dans la formation des professionnels de santé, un module obligatoire de prévention par l'activité physique.

Au regard de leurs bénéfices multiples chez les patients atteints de maladies chroniques, bénéfiques confirmés par l'expertise collective de l'ANSES en 2016, et par celles de l'Inserm très récemment, l'intégration, dans le parcours de soins, de programmes d'activités physiques adaptés qui puissent trouver leur place dans le parcours de ville de chacun est un enjeu majeur de santé publique. Cela implique de mettre en place des collaborations entre tous les acteurs du système sanitaire, social et médico-social de l'activité physique et sportive. Même si de nombreuses dispositions pourraient être de nature réglementaire, il me semblerait important qu'un texte sur la transformation de notre système de santé prenne en considération des thérapies non médicamenteuses qui permettent d'éviter la survenue de pathologies et de faire baisser la mortalité. Quels sont, sur ce sujet, vos intentions et le calendrier du Gouvernement ?

**M. Marc Delatte.** Ce projet de loi est ambitieux, mais c'est surtout un projet de bon sens. Permettez-moi d'en présenter deux exemples.

D'abord, comme vous l'avez indiqué tout à l'heure, les cinq à six cents hôpitaux de proximité qui seront labellisés d'ici à 2022 sont des maillons essentiels de cette stratégie de santé ; ils opèrent en interaction tant avec les hôpitaux spécialisés et ultraspecialisés qu'avec les soins de ville en aval.

Le bon sens prévaut également avec la levée de la barrière administrative qui interdisait l'accueil en centre hospitalier général (CHG), toutes spécialités confondues, des internes qui relèvent du CHU le plus proche. À Soissons, nous ne pouvions jusqu'à présent accueillir les internes qui habitent à Reims, à quarante kilomètres, mais seulement ceux d'Amiens, à près de deux heures de route...

D'où ma double question : sur quels critères seront labellisés les hôpitaux de proximité et à quand la levée de cette fameuse barrière administrative ?

**Mme Fadila Khattabi.** Parmi les chantiers qui seront amorcés avec le projet de loi relatif à la transformation de notre système de santé, la réforme des études médicales constitue, me semble-t-il, un enjeu crucial pour les années à venir. Aussi, afin d'ajuster au

mieux la réforme des parcours d'études avec les besoins des territoires, dans quelle mesure serait-il possible de favoriser les stages des étudiants sur les territoires identifiés comme déserts médicaux, afin de les inciter à s'y installer plus tard ?

Je m'explique : le projet de loi prévoit d'augmenter le nombre de CPTS, pour les porter à 1 000 environ, comme de labelliser 600 hôpitaux de proximité et de poursuivre les efforts en direction d'une meilleure articulation entre médecine de ville et médecine hospitalière. Compte tenu des moyens déployés, serait-il envisageable, par le biais des ARS, de prévoir un quota imposé d'étudiants stagiaires, avec un accueil facilité dans les structures que je viens de citer ?

**M. Adrien Quatennens.** C'est en 28 langues et dans 28 quotidiens, que se déclinent aujourd'hui les louanges à l'« Europe qui protège », selon Emmanuel Macron.

Je m'adresse donc à vous, en votre qualité de ministre et d'ancienne directrice de la Haute autorité de santé, mais aussi, possiblement, de future tête de liste de l'Europe qui protège, et je vous demande : Est-ce que l'« Europe qui protège » protège aussi la santé, madame la ministre ? Est-ce que l'« Europe qui protège » protège la santé, quand la Commission européenne refuse, sous la pression des lobbies, de réguler l'autorisation de mise sur le marché des implants médicaux au nom de la sacro-sainte compétitivité, alors que ceux-ci provoquent des accidents parfois mortels qui ne font l'objet d'aucun suivi de la part des autorités de santé françaises, ni des autorités de l'« Europe qui protège » ?

**Mme Laurence Vanceunbrock-Mialon.** Ma question porte sur le titre II du projet de loi, qui a pour objet de permettre une plus grande coordination entre des acteurs territoriaux pour une meilleure structuration des soins de proximité. Il s'agit ainsi d'intégrer tous les acteurs locaux de santé – professionnels, institutionnels, usagers – dans les décisions qui concernent les restructurations locales en matière de santé.

C'est dans cette optique que la fédération France Assos Santé a été consultée en vue du projet de loi, en janvier 2019. Aujourd'hui, la demande de restructuration de l'offre de proximité provient bien des territoires touchés tant par la faiblesse des mobilités que par une offre réduite de personnel médical. Nous ne pouvons donc pas ne pas nous réjouir qu'un tel texte intervienne. Cependant, la consultation des usagers ne semble pas systématiquement prévue par le texte, tandis que le rôle des collectivités territoriales n'est pas non plus explicité dans tous les éléments de structuration des soins de proximité prévus dans le projet de loi.

Comment entendez-vous inscrire dans la durée cette coordination entre collectivités territoriales, usagers et établissements de santé, pour mieux structurer et ajuster l'offre de soins de proximité aux spécificités locales ?

**Mme Geneviève Levy.** Je voudrais revenir sur la question des hôpitaux de proximité, au sujet de laquelle beaucoup de mes collègues ont manifesté le même intérêt : les élus locaux, ceux qui vivent sur le territoire, sont d'autant plus inquiets que les effets de la suppression du *numerus clausus* ne se feront sentir que dans quelques années ; dans le même temps, il faudra continuer à faire face et lutter contre les déserts médicaux. Pouvez-vous nous donner quelques détails sur la mise en œuvre du label prévu ? Cela contribuerait à rassurer ceux qui manifestent leur inquiétude.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** L'actualité nous montre le vif intérêt que portent nos concitoyens à l'égalité d'accès aux soins. Ce projet de loi doit être aussi l'occasion de renforcer l'égalité d'accès à l'innovation médicale pour tous les patients, quel que soit le point où ils se trouvent sur le territoire d'un GHT. Au passage, nous aurions également tout intérêt à renforcer, pour les jeunes médecins, l'attractivité des établissements d'un GHT autres que le CHU.

Pensez-vous que nous pourrions élargir les territoires de recherche médicale au sein des GHT qui le souhaiteraient, en créant un guichet unique pour les conventions de recherche avec les industriels et les GHT, et d'impulser ainsi une dynamique de projet médical partagé par le volet de la recherche ? Cela renforcerait l'accès à l'innovation pour les patients dans les zones non urbaines.

**M. Jean-Hugues Ratenon.** La Réunion et Mayotte connaissent une situation unique, puisque les deux îles partagent la même agence régionale de santé. Dans l'article 19 du projet de loi, vous prévoyez la fin de cette ARS Océan Indien pour créer une deuxième agence de plein exercice à Mayotte, comme j'en faisais la promotion lors de mon voyage à Mayotte, en février 2018.

Cette création est donc une bonne chose pour nos deux territoires. Cependant, j'appelle votre attention sur le fait que l'agence régionale de santé Océan Indien est actuellement sous-dotée en termes de moyens humains et financiers, qu'il s'agisse d'assurer ses missions à la Réunion ou à Mayotte. Ses moyens ne sont même pas suffisants pour La Réunion seule. Pouvez-vous donc nous assurer que la future agence régionale de santé de La Réunion ne connaîtra pas de réductions de postes ni de ses moyens financiers ?

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Le projet de loi que notre commission va examiner à partir de la semaine prochaine a notamment pour ambition de dépassionner les liens entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Il s'agit d'un axe extrêmement important si nous voulons offrir demain un parcours de soins plus cohérent et plus efficace aux patients. Les CPTS et les futurs projets territoriaux de santé joueront en ce sens un rôle primordial.

Concernant le médico-social, dispose-t-on aujourd'hui d'exemples de coopérations abouties entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ? Le secteur social a, quant à lui, un rôle important à jouer sur le repérage des situations sanitaires problématiques, sur l'orientation vers les structures médico-sociales et les structures sanitaires, mais également sur la prévention, qui doit rester une priorité. Pensez-vous, madame la ministre, que les structures sociales pourront trouver une place au sein des CPTS ?

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Madame la ministre, je voudrais attirer votre attention sur un aspect de ce projet de réorganisation du système de santé qui me semblerait mériter une meilleure prise en considération : je veux parler de la gestion des ressources humaines, plus particulièrement dans les établissements hospitaliers.

Ce projet de loi s'intéresse essentiellement à la consolidation de l'ossature institutionnelle et organisationnelle du système de santé, mais qu'en est-il des conditions de travail des professionnels des établissements de santé, eux qui assurent la chair et la vie du dispositif ? Un certain nombre de mesures concernent bien le déroulement de la carrière des médecins hospitaliers, mais je n'ai pas su trouver de propositions concrètes visant à améliorer les conditions d'exercice des autres catégories d'intervenants hospitaliers, qui contribuent eux aussi, de près ou de loin, à la bonne prise en charge des malades.

Dans les revendications entendues dans nos campagnes, se sont d'ailleurs à nouveau exprimés ce besoin de reconnaissance et ce sentiment douloureux de déshumanisation des relations sociales et humaines. Vous avez récemment débloqué des moyens financiers qui vont permettre de desserrer l'étau quantitatif des effectifs, mais la question qualitative, et quasi existentielle, des agents demeure. Certes, il existe bien des démarches de prévention des risques psychosociaux et des démarches de qualité de vie au travail (QVT) qui visent à favoriser l'expression des agents. Ne pourrait-on pas enrichir ce projet de loi essentiellement en systématisant le développement de ces démarches ?

**Mme Josiane Corneloup.** Ce projet de loi évoque la télémédecine, qui représente une des réponses aux déserts médicaux et aux difficultés d'accès aux soins. Cependant, les conditions optimales de son déploiement ne me semblent pas réunies. Alors que la téléconsultation, entrée dans le droit commun à compter du 15 septembre 2018, est amenée à se généraliser, le déploiement de la télémédecine soulève des interrogations d'ordre éthique, organisationnel et financier. Ne pensez-vous pas, madame la ministre, qu'il soit nécessaire de garantir un cadre éthique et sécurisé pour une télémédecine accessible à tous dès 2020, sans attendre la création de l'espace numérique en santé en 2022 ?

De même, face au déploiement par de multiples entreprises privées de solutions tous azimuts mais pas nécessairement interopérables, l'objectif de fluidification des parcours de santé des personnes via des coopérations accrues entre acteurs sociaux, médicaux, sociaux et sanitaires semble loin d'être atteint. Ne pensez-vous pas qu'un pilotage national et régional renforcé soit nécessaire pour éviter le déploiement d'une multiplicité d'outils non interopératoires ?

**Mme Gisèle Biémouret.** Madame la ministre, je voudrais être aujourd'hui le porte-parole des personnels soignants, des médecins et du directeur du centre hospitalier de Condom. Voilà un an et demi, nous disposons, dans ce centre hospitalier, certes dépourvu de plateau technique, d'un service d'urgences H 24, d'une structure mobile d'urgence et de réanimation, ainsi que de lits d'hospitalisation de court séjour.

Or, depuis plus d'un an, nous attendons avec impatience la réponse de l'ARS Occitanie concernant l'avenir de ce service d'urgence, en particulier le fonctionnement en autonomie et le fonctionnement en H 24 de la ligne SMUR, qui ne fonctionne aujourd'hui que sur douze heures. Ma question, madame la ministre, est très simple : après le vote de la loi, le centre hospitalier de Condom deviendra-t-il un hôpital de proximité, avec, à la place des urgences H 24, de simples consultations de soins non programmées ?

**Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.** Je vais commencer par les questions qui concernaient le rapport du professeur Donata Marra sur le mal-être des étudiants en médecine. En fait, lorsque nous avons pris nos fonctions, Agnès Buzyn et moi-même, ce problème des internes a été un des premiers sujets que nous avons eu à traiter ensemble. Nous avons reçu des associations d'étudiants qui nous ont parlé de ces difficultés. D'où le rapport que nous avons demandé : il prévoit la mise en place d'un centre national d'appui, dont la réunion de préfiguration aura lieu le 13 mars prochain. L'observatoire national de la qualité de vie au travail concerne aussi les étudiants. Il est évidemment très important que la réforme que nous proposons ait été coconstruite avec les étudiants, pour son volet relatif aux études de santé, de façon à mieux entendre leur quête de sens dans leurs études, qui en ont, à les entendre, peut-être perdu un peu.

L'article 1<sup>er</sup> concerne effectivement les formations en médecine, en pharmacie, en odontologie et maïeutique, mais ne concerne pas toutes les formations paramédicales. Néanmoins, plus de transversalité est prévue, ainsi que des passerelles possibles dans cette offre de formation. Comme je le disais tout à l'heure, si l'on repense les programmes, il peut être intéressant de proposer des unités d'enseignement dans lesquelles les futurs professionnels de santé qui auront à travailler en équipe pourraient se retrouver aussi en formation ensemble. C'est exactement ce qui se passe dans le cadre de la prévention, avec la coopération que nous avons mise en place avec les services sanitaires.

Pour ce qui est de l'idée de proposer des stages dans les déserts médicaux, encore faut-il pouvoir être assuré d'un encadrement : on ne peut pas envoyer des jeunes en stage seuls, si je puis dire. Les maisons de santé pluridisciplinaires pourraient constituer des lieux d'accueil appropriés, en tout cas, des lieux dans lesquels il serait possible d'assurer l'encadrement de ces stages.

Si nous promouvons l'idée de faire démarrer des études susceptibles de conduire à des études de santé dans tous les territoires, y compris là où il n'y a pas de CHU, ou encore l'idée de faire plus de stages en ambulatoire et plus de stages dans des structures qui ne seront pas des CHU, c'est aussi pour arrêter d'extraire les jeunes d'un territoire, pendant douze à quinze ans, pour les former là où il y a un CHU. Or c'est ce qui se passe actuellement : et une fois qu'ils sont partis pendant douze à quinze ans dans une ville où est implanté un CHU, ils ont fini par y construire leur vie et il peut devenir très compliqué pour eux d'envisager d'exercer la médecine ailleurs qu'à proximité de ce CHU.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Madame Tamarelle-Verhaeghe, l'observatoire national de la qualité de vie au travail que nous avons mis en place pour le personnel soignant concerne aussi les étudiants. Nous l'avons lancé l'été dernier, nous aurons son premier rapport cet été.

Madame Annie Vidal, les services à domicile qui ne reçoivent pas de financement public et ne délivrent pas de soins, tels qu'ils sont définis dans l'actuel article du code de l'action sociale et des familles, sont soumis à la directive « services » : ils sont donc d'ores et déjà exonérés d'appels à projets. Ils n'ont donc pas lieu d'être concernés par cette disposition de l'article 18 dispensant certains établissements d'appel à projets.

Monsieur Vercamer, la loi permet-elle de réduire les inégalités entre les territoires ? Je vous réponds par l'affirmative. Toute l'approche qui vise à conforter les organisations territoriales vise aussi à réduire les inégalités. Nous définissons un nouveau zonage qui permet d'augmenter les zones sous-dotées apparentes et de les faire passer de 7 % de la population à 18 %. Cela permet d'élargir de manière significative les offres incitatives pour l'accompagnement des professionnels qui souhaitent s'installer dans ces territoires. Cela étant, le zonage ne résume pas toute la politique d'installation : je suis persuadée qu'au-delà des aides financières, qui créent souvent des effets d'aubaine, il faut promouvoir des organisations innovantes. Ce sont elles qui font rester les professionnels sur le terrain, notamment les jeunes qui souhaitent des exercices coordonnés. C'est pourquoi nous avons poursuivi cette politique de déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles, en doublant leur nombre à l'horizon de la fin du quinquennat. C'est aussi l'objet des CPTS, qui visent à la coordination de tous les acteurs sur un territoire. Car nous souhaitons favoriser tout ce travail en équipe, toutes ces délégations de tâches qui vont améliorer l'accès aux soins pour nos concitoyens, notamment pour le suivi des pathologies chroniques. Ainsi, au-delà du

zonage, c'est vraiment la pratique qui, à mon avis, permettra d'attirer et de maintenir les professionnels dans les territoires. En tous les cas, à chaque fois que je fais des visites de terrain, je constate que les jeunes professionnels s'installent là où il y a de l'exercice coordonné et des partages de tâches.

Monsieur Laabid, vous m'avez interrogée sur les biologistes médicaux. Rappelons que ce projet de loi ne traite d'aucune catégorie ni d'aucune profession particulière. Nous ne voulons pas entrer dans cette logique. Ce qui explique qu'il n'y soit pas fait mention des kinésithérapeutes, ni des médecins spécialistes par rapport aux médecins généralistes, ni des biologistes ou des infirmiers. C'est une loi qui, justement, vise à embarquer absolument tous les professionnels dans cet exercice coordonné.

Il n'est pas prévu de revenir sur la réforme de la biologie de 2013, mais, évidemment, nous pourrons étudier vos propositions. Je suis évidemment attachée à la biologie médicale de proximité et de qualité. Nous verrons ce que vous proposez, mais je souhaite éviter à tout prix d'entrer dans des mesures catégorielles ; faut de quoi, toutes les professions de santé viendront « réclamer leur dû »... Ce qui n'est pas l'objet de cette loi d'urgence sur des organisations territoriales, qui vise avant tout à favoriser la proximité.

Monsieur Perrut, pour ce qui est du rôle des élus locaux, nous sommes ouverts à toutes les propositions qui permettront de le renforcer la concertation avec les ARS. Les projets territoriaux de santé sont vraiment, à mes yeux, l'outil qui va permettre une réelle concertation et une coconstruction de l'offre. Les élus y auront évidemment toute leur place. Cela étant dit, ils ont leur place aussi dans la gouvernance des hôpitaux de proximité, mais je ne suis pas sûre que nous allons redéfinir la composition du conseil de surveillance des hôpitaux ni du conseil de surveillance des ARS, où ils siègent déjà.

Monsieur Marc Delatte, vous m'interrogez sur les barrières administratives. Mais il n'y en a pas au sens juridique du terme : en réalité, ce sont des barrières que les doyens se mettent. Aussi, à chaque fois que je me déplace, je rappelle que rien ne s'oppose à ce qu'un étudiant aille faire un stage dans un hôpital de proximité à l'autre bout du département. Au contraire, nous y encourageons, car nous pensons que c'est une très mauvaise chose que de subdiviser le territoire de manière totalement artificielle. J'ai demandé à toutes les ARS de veiller, dans leur dialogue avec les doyens au sujet des maîtres de stage et des lieux de stage, à favoriser l'envoi de jeunes internes ou externes dans des lieux de stage au-delà du département ou de la région. Mais il n'y a pas lieu de lever dans la loi une barrière juridique qui n'existe pas.

Monsieur Quatennens, vous m'avez interrogée au sujet de l'« Europe qui protège ». Comme vous le savez, l'organisation du système de santé et la couverture santé sont des prérogatives nationales. Par contre, l'Europe protège quand même, à travers les autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments, car ces autorisations de mise sur le marché sont européennes. Sur les dispositifs médicaux, un renforcement de la réglementation est prévu en 2020. L'idée est de rapprocher la réglementation du dispositif médical et la réglementation du médicament, en renforçant les contrôles des sociétés concernées. Autrement dit, l'Europe est donc en train de progresser largement sur la protection de nos concitoyens.

Madame Laurence Vanceunebrock-Mialon, vous m'avez interrogée sur la consultation des usagers. Les trois composantes, c'est-à-dire les usagers, les élus et les professionnels, sont présentes dans les instances des conseils territoriaux de santé. Dans ces

conseils, il y aura évidemment une représentation locale des usagers comme des élus ; elle est déjà prévue. Dans le conseil de surveillance des établissements de santé eux-mêmes, il y a aussi toujours des représentants des usagers ; autrement dit, cela aussi est d'ores et déjà prévu. Probablement faut-il que les usagers investissent davantage ces espaces de concertation ; peut-être sont-ils insuffisamment nombreux ou insuffisamment préparés. Il faut les responsabiliser pour qu'ils y aillent – mais c'est déjà prévu dans les lois précédentes. En tout cas, le projet de loi prévoit à la fois la présence des élus et celle des usagers.

Madame Dufeu Schubert, vous avez raison de souligner que la recherche clinique est un très bon d'incitateur pour l'exercice professionnel. Les professionnels aiment s'engager dans des projets de recherche ; c'est toujours très valorisant. À ma connaissance, rien n'empêche un professionnel exerçant dans un établissement de santé périphérique ou un hôpital local ou de proximité de participer à une recherche clinique. Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), qui sont des organisations régionales, permettent d'ores et déjà aux professionnels de s'investir dans la recherche s'ils le souhaitent et si la recherche concerne des pathologies prises en charge dans ces hôpitaux. L'enjeu est peut-être celui de la simplification, sur laquelle nous pourrions nous pencher au cours des débats : faut-il créer un guichet unique ou simplement, au niveau réglementaire, faciliter l'accès de ces professionnels et de ces établissements à la recherche clinique ? Quoi qu'il en soit, il n'existe aucun pas de blocage réglementaire ou juridique en la matière : même le secteur privé peut participer à la recherche clinique.

Monsieur Ratenon, nous sommes très heureux de la création pleine et entière de l'ARS de Mayotte, conformément à la demande qui avait été formulée. La nouvelle entité sera une agence pleine et entière. Les budgets des deux agences ont été protégés, et même mieux : 10 postes ont été créés pour l'ARS de Mayotte. Autrement dit, la création de l'ARS de Mayotte ne se fait pas aux dépens de celle de La Réunion.

Madame de Vaucouleurs, vous m'avez interrogée sur les structures sociales au sein des CPTS. L'enjeu de cette loi, vous avez raison, c'est de décloisonner. Aujourd'hui, les CPTS sont des organisations de médecins libéraux qui endossent une responsabilité territoriale en assumant notamment des missions d'accès à des soins non programmés, d'éducation à la santé, etc. Il est clair que, dans les futures CPTS, il faudra trouver une articulation avec les hôpitaux de proximité et le secteur social et médico-social. Mais la première chose consistera à structurer ces professionnels libéraux, avant de leur faire assurer des parcours de soins coordonnés. Mais les structures sociales ne sont pas elles-mêmes membres des CPTS, structures juridiques qui regroupent, pour l'instant, les seuls professionnels. Il appartiendra à chaque territoire de trouver sa propre articulation en fonction de l'offre existante.

Madame Toutut-Picard, la qualité de vie au travail est effectivement un sujet très important. Nous avons créé un observatoire ayant pour objectif de mieux accompagner les professionnels dans le cadre de leur évolution de carrière, de façon qu'ils puissent être valorisés par des diversifications de carrière. Nous serons donc très attentifs à ce que tous les professionnels de santé dans les établissements de santé, et non seulement les médecins, puissent évoluer. Ce sera l'objet des concertations qui s'engagent.

Madame Corneloup, vous m'avez interrogée sur la télémédecine. Nous voulons déployer le plus de téléconsultations possibles ; c'est la raison pour laquelle nous les avons fait entrer dans le droit commun et dans les financements de l'assurance maladie. Nous allons

évidemment faciliter l'accès à la télémédecine en proposant le télésoin, afin que d'autres professionnels de santé puissent intégrer ces démarches de télépratique.

Madame Biémouret, vous avez évoqué le cas de l'établissement de Condom. Je peux vous faire d'abord une réponse générale : ce n'est pas au niveau national que nous gérons ces problématiques locales, ce sont les ARS qui sont en charge ; ce sont elles qui ont vocation à déterminer les établissements de proximité qui seront susceptibles d'être labellisés. Cela relève donc clairement pour moi de démarches territoriales et de travail avec les élus locaux et avec les professionnels locaux.

Mais, concernant votre centre hospitalier de Condom en particulier, on voit qu'il y a un problème d'organisation des urgences entre Agen, Auch et Condom. La question n'est donc visiblement pas réglée, je ne peux donc pas vous répondre aujourd'hui. Tout dépendra des ressources médicales et des projets territoriaux. Bien évidemment, nous allons faire en sorte que les élus et les professionnels soient impliqués dans les choix à venir. En tout état de cause, d'après ce que me disent mes services, rien n'est visiblement écrit aujourd'hui. Je ne peux pas vous apporter de réponse supplémentaire.

Monsieur Belhaddad, vous m'avez interrogée sur la création de maisons de sport et de la santé et sur la prévention par le sport. Mais la réponse ne peut pas passer par la loi. Nous voulons plutôt aller vers un label, sans créer de nouvelles maisons. Nous sommes en train de travailler avec Roxana Maracineanu sur ce que pourrait être ce label, et surtout à voir comment nous pouvons intégrer l'activité physique dans le cadre du plan Priorité prévention. Tout cela est en cours, mais ce n'est pas l'objet de ce projet de loi qui ne traite que de l'accès aux soins.

Madame la députée Khattabi, vous m'avez interrogée sur la présence d'étudiants stagiaires dans les zones sous-dotées. Oui, nous la promovons, mais la réponse ne passe pas par un quota : encore faut-il trouver d'abord des maîtres de stage si nous voulons que les stagiaires, internes et externes, soient formés convenablement. Nous ne pouvons envoyer tel ou tel étudiant dans tel exercice de médecine libérale sans avoir la certitude qu'il sera formé convenablement : ce serait porter atteinte à la qualité de sa formation. Cela étant, nous souhaitons élargir les offres de stages hors CHU de manière significative : pour ce faire, nous demandons à tous les doyens de favoriser une montée en charge, mais cela dépendra de notre capacité à identifier des maîtres de stage formés – et c'est bien là le problème.

*La séance est levée à dix-neuf heures trente.*

---

## Présences en réunion

### Réunion du mardi 5 mars 2019 à 16 h 30

*Présents.* – M. Joël Aviragnet, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Gisèle Biémouret, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Blandine Brocard, M. Alain Bruneel, M. Gérard Cherpion, M. Paul Christophe, Mme Josiane Corneloup, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Albane Gaillot, M. Jean-Carles Grelier, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Fadila Khattabi, M. Mustapha Laabid, Mme Geneviève Levy, Mme Monique Limon, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Bernard Perrut, Mme Michèle Peyron, M. Laurent Pietraszewski, M. Adrien Quatennens, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, Mme Élisabeth Toutut-Picard, Mme Laurence Vanceunbrock-Mialon, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

*Excusés.* – Mme Delphine Bagarry, Mme Justine Benin, Mme Nathalie Elimas, Mme Carole Grandjean, Mme Claire Guion-Firmin, Mme Monique Iborra, Mme Caroline Janvier, Mme Nadia Ramassamy, Mme Nicole Sanquer, M. Jean-Louis Touraine, M. Boris Vallaud

*Assistaient également à la réunion.* – M. Philippe Berta, Mme Émilie Bonnivard, M. Dino Cinieri, M. Pierre Cordier, M. Gaël Le Bohec, M. Christophe Lejeune, Mme Bérengère Poletti