

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Séances du lundi 18 mars 2019

Compte rendu intégral



Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	2571
2 ^e séance	2609

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

183^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du lundi 18 mars 2019

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME ANNIE GENEVARD

1. Organisation et transformation du système de santé (p. 2573)

PRÉSENTATION (p. 2573)

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur,
de la recherche et de l'innovation

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires
sociales

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des
affaires sociales

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis de la commission des
affaires culturelles et de l'éducation

MOTION DE REJET PRÉALABLE (p. 2580)

M. Jean-Pierre Door

Mme Agnès Buzyn, ministre

Mme Caroline Fiat

M. Alain Bruneel

Mme Jeanine Dubié

M. Julien Borowczyk

M. Gilles Lurton

Mme Justine Benin

Mme Gisèle Biémouret

M. Pascal Brindeau

MOTION DE RENVOI EN COMMISSION (p. 2586)

M. Jean-Carles Grelier

Mme Agnès Buzyn, ministre

Mme Caroline Fiat

M. Hubert Wulfranc

Mme Jeanine Dubié

M. Marc Delatte

M. Alain Ramadier

Mme Michèle de Vaucouleurs

M. Joël Aviragnet

M. Pascal Brindeau

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 2592)

Mme Caroline Fiat

M. Pierre Dharréville

Mme Jeanine Dubié

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe

M. Gilles Lurton

M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Joël Aviragnet

M. Paul Christophe

Mme Huguette Bello

Mme Albane Gaillot

Mme Ericka Bareigts

M. Bruno Bilde

Mme Delphine Bagarry

Mme Agnès Buzyn, ministre

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2608)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME ANNIE GENEVARD

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à seize heures.)

1

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Discussion, après engagement de la procédure accélérée, d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la discussion, après engagement de la procédure accélérée, du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (nos 1681, 1767, 1762).

PRÉSENTATION

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Alors que nous entamons l'examen, en première lecture, du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, je sais que nous sommes tous animés d'un profond sentiment de responsabilité face aux attentes des Français, et que nous avons tous une exigence commune. Cette exigence, c'est de permettre à notre système de santé de tenir demain les promesses qu'il a toujours tenues. C'est l'enjeu de ce projet de loi, et c'est ce que les Français attendent de nous.

S'il demeure, par bien des aspects, synonyme d'excellence, notre système de santé est confronté, comme dans d'autres pays, 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, vous les connaissez : le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la persistance 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 l'inadaptation de nos organisations. Les patients, tout d'abord, sont confrontés à des difficultés toujours plus grandes pour accéder à un médecin traitant ou même aux soins dans certains territoires, notamment en cas de soins non programmés. Les professionnels de santé, ensuite, font état de la lourdeur des tâches administratives, de la multiplication, parfois, de certains actes

non pertinents, du manque de temps dédié à la personne malade ou encore de la faiblesse des évolutions et d'un manque de reconnaissance. Enfin, notre organisation et nos modes de financement ne valorisent pas la qualité et la pertinence des soins ni ne favorisent la coopération entre acteurs de santé.

Ce diagnostic avait été établi dès mon arrivée avec les acteurs de la santé, qu'ils soient usagers, professionnels ou élus. Personne, je crois, ne le remet en cause aujourd'hui. Les citoyens confirment également ce diagnostic. Chacun sur ces bancs, et avant même que le grand débat national ne le confirme, a partagé leurs attentes d'un meilleur accès à des soins de proximité. Nous sommes confrontés à un système trop cloisonné entre ville, hôpital, médico-social ou entre public et privé, entre professionnels de santé eux-mêmes ; un système qui ne permet pas la fluidité des parcours, la coordination entre professionnels, la qualité et la prévention.

Ces lacunes, il faut les regarder en face et prendre conscience qu'un changement de modèle est nécessaire. C'est tout le sens de la politique défendue par le Gouvernement, à travers le plan « ma santé 2022 ». Notre stratégie repose sur trois axes : la qualité des prises en charge, pour placer l'utilisateur au centre du dispositif ; une offre mieux structurée, pour renforcer l'accès aux soins par un maillage territorial de proximité ; des métiers, des modes d'exercice et des pratiques professionnelles repensés, pour être en phase avec les besoins d'aujourd'hui et de demain, qui ne sont pas ceux d'hier.

Néanmoins, j'ai eu l'occasion de le rappeler, mais je le répète, notre action ne se réduit pas au projet de loi. Nous entendons 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. Et j'entends être très claire : ma priorité est de tout faire pour répondre à l'angoisse de la désertification médicale et au besoin de reconnaissance et de valorisation de nos professionnels de santé.

Ma réponse à ces inquiétudes ne s'accommode d'aucune ambiguïté. Tout ce qui peut être fait pour libérer du temps médical et faciliter l'accès à la bonne compétence et au bon moment doit être fait. C'est d'ailleurs tout le sens de la négociation conventionnelle en cours sur les assistants médicaux et la structuration des soins de proximité au sein des communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS. C'est aussi tout l'esprit des mesures en matière de télémédecine et de délégation de tâches, dont certaines sont inscrites dans le projet de loi. Notre méthode, vous la connaissez : tout doit être fait pour que les initiatives viennent des territoires, pour libérer les projets, pour donner confiance aux professionnels de santé.

Cette réforme sera aussi complétée par une réforme profonde du mode de financement, en s'appuyant sur le rapport que vient de me remettre Jean-Marc Aubert, le directeur de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES. Des premières réalisations ont d'ores et déjà été apportées par la loi de financement de la sécurité sociale de 2019. Je pense, en

particulier, à 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 maintenant de passer d'un système favorisant la course à l'activité à un système incitant à plus de prévention, c'est-à-dire 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, prolongeront la loi. C'est notamment le cas pour plusieurs mesures emblématiques comme le déploiement de 400 postes de médecins généralistes dans les territoires les plus en difficulté du point de vue de la démographie médicale, comme la définition et le déploiement des fonctions d'assistant médical qui rapidement devront permettre de libérer du temps médical pour soigner un plus grand nombre de patients et mieux les accompagner, ou encore comme le développement, en matière d'organisation, des communautés professionnelles territoriales de santé, qui amèneront une meilleure coordination des professionnels de santé pour améliorer l'accès aux soins de la population dans les territoires.

Le présent projet de loi est volontairement « resserré » autour d'un nombre limité de dispositions pour enclencher des dynamiques. Il vise donc l'essentiel. Il a été produit en concertation avec les principales parties prenantes dans des délais brefs qui se justifient par les engagements relatifs à la réforme des études en santé. Du fait de ce calendrier, plusieurs modifications législatives prennent la forme d'habilitations à légiférer par voie d'ordonnances. J'ai entendu des critiques sur le recours à l'article 38 de la Constitution mais, comme j'ai déjà eu l'occasion de le rappeler lors de l'examen en commission, ces ordonnances doivent permettre de construire avec l'ensemble des acteurs un modèle robuste et durable. C'est un choix assumé par le Gouvernement afin d'engager dès aujourd'hui les réformes dont notre système a besoin.

Comme je m'y étais engagée, le Gouvernement a soumis à l'examen de la commission des affaires sociales un amendement transcrivant dans le projet de loi les missions des hôpitaux de proximité, qui devaient être initialement définies par ordonnances. Vous avez pu également voter un amendement transcrivant dans la loi les mesures relatives à l'Agence régionale de santé de Mayotte. Je me suis, par ailleurs, engagée à pleinement associer les parlementaires, et cet engagement sera tenu. Nous réaliserons une étude d'impact afin que les députés et les sénateurs soient éclairés sur les conséquences des mesures envisagées et retenues dans les ordonnances. J'ai également exprimé le souhait de venir devant les commissions des affaires sociales de l'Assemblée et du Sénat pour présenter chacune des ordonnances avant la discussion du projet de loi de ratification.

La place qui est faite aujourd'hui aux élus en amont des décisions en matière de santé doit être renforcée. Je suis convaincue que les mesures que nous prenons en matière de santé commandent d'être exemplaires dans la préparation des décisions, l'organisation de la concertation et l'accompagnement sur le terrain. L'examen en commission a déjà permis plusieurs avancées qu'il faudra certainement consolider lors de l'examen en séance.

J'ai également entendu les remarques sur l'absence de mesures concernant la prévention dans ce projet de loi. Je pense que mon engagement sur ce sujet n'est plus à prouver et chacun sait que j'en ai fait la première de mes préoccupations depuis mon premier jour au ministère. J'aurai l'occasion de présenter de nouveaux objectifs lors du conseil interministériel de la santé, le 25 mars prochain, et de nouveaux jalons seront posés lors du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale _ PLFSS. La prévention tient à cœur à de nombreux députés et je sais pouvoir compter sur eux pour accompagner chacune des mesures que nous prenons. Il nous faudra d'ailleurs aller plus loin et compléter les initiatives déjà prises dans le cadre de la petite enfance, du suivi des enfants admis à l'aide sociale à l'enfance, de la prévention du handicap psychique ou encore pour prévenir la dépendance de la personne âgée.

Pour ce qui est désormais du projet de loi proprement dit, laissez-moi en résumer les principales dispositions.

Conformément aux engagements pris, la première année commune aux études de santé _ PACES _ et le *numerus clausus*, qui existent depuis 1971, seront supprimés dès septembre 2020. La PACES cédera la place à un système qui demeurera sélectif et exigeant, mais en faisant une meilleure place aux compétences, au projet professionnel, à la qualité de vie des étudiants, et en diminuant le coût social associé. En développant les passerelles et une entrée via Parcoursup, la diversité des profils sera également privilégiée.

Le deuxième cycle des études médicales sera également rénové, avec la suppression des épreuves classantes nationales. Il s'agira de créer une procédure d'orientation prenant en compte les connaissances mais aussi les compétences cliniques et relationnelles, et qui soit respectueuse des projets professionnels des futurs médecins. Frédérique Vidal reviendra plus en détail sur ces deux dispositions.

Nous étendons le dispositif de médecin adjoint, c'est-à-dire la possibilité, pour un interne en médecine en fin de formation, de venir soutenir un médecin installé. Ce dispositif, actuellement réservé aux zones touristiques, sera étendu aux zones sous-denses ou en cas de carence ponctuelle constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Une autre ambition du projet de loi, objet du titre II, est de structurer des collectifs de soins de proximité dans les territoires. Pour cela, au-delà du soutien déjà 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, privé ou public _, en associant évidemment les élus et les usagers. Ces projets territoriaux formalisent le déclouisonnement, qui est la pierre angulaire du projet « Ma santé 2022 ». Le statut des hôpitaux de proximité sera, par ailleurs, revisité pour être mieux adapté aux soins du quotidien et ouvert sur la ville et le médico-social. Les missions socles ont été inscrites dans le texte tandis que les modalités de financement seront définies par les prochaines lois de financement de la sécurité sociale.

Le projet de loi et la stratégie dans son ensemble visent 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 adaptés à leurs activités. C'est d'ailleurs en cohérence avec ces enjeux que 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 sera consacré à l'acte II des groupements hospitaliers de territoire. Le projet médical doit être désormais le centre de gravité de ces groupements. La gestion des ressources humaines médicales sera mutualisée, et la gouvernance médicale sera 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 de santé. L'ambition est ici de donner à la France les moyens d'être en pointe sur ces sujets. Les débats en commission autour du « Health Data Hub » et de l'espace numérique en santé ont été particulièrement riches et je ne doute pas qu'il en sera de même cette semaine.

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 à distance, par voie dématérialisée, en orthophonie par exemple.

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

Mesdames, messieurs les députés, je mesure combien l'attente est grande dans cette assemblée et dans notre pays. J'espère que nous arriverons à trouver l'adhésion la plus large pour garantir un meilleur accès aux soins sur le territoire à tous nos concitoyens.

Dans la détresse qui a éclaté avec fracas ces derniers mois, nous avons tous senti une société dominée par la peur de l'avenir. Notre système de santé est l'un des plus beaux outils pour rassurer, apaiser, et pour redonner à chacun la fierté d'appartenir à une grande et belle nation. Un pays qui sait soigner est un pays qui peut guérir. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Promouvoir la réussite des étudiants, diversifier leurs profils et adapter les études de santé à la demande de soins dans tous les territoires : voilà nos ambitions au cœur du projet de loi qui vous est soumis aujourd'hui. Depuis trop longtemps, nous nous désolons de voir, chaque année, plus de sept étudiants sur dix inscrits en PACES échouer sur le mur du numerus clausus. Depuis trop longtemps, chacun dans cet hémicycle a pu en faire l'expérience, nous regrettons le caractère univoque des études de médecine.

Transformer notre système de santé _ et c'est bien ce dont il s'agit avec ce projet de loi _, suppose une évolution radicale de la manière dont nous envisageons la formation des soignants, en particulier des médecins.

Transformer la structure d'une formation ou, en l'espèce, d'un ensemble de formations, c'est toujours se poser deux questions. Chacun mesure l'importance de la première, s'agissant de la formation des futurs médecins : quelles sont nos exigences et pour quel niveau de compétences ? Seconde

question : quelle ouverture, quelle bienveillance afin de donner aux étudiants les moyens de réussir, de s'épanouir et de trouver dans leur formation et dans leurs stages les ressources nécessaires à leur développement en tant que futurs professionnels, mais également en tant que jeunes adultes ?

Les articles 1er et 2 traduisent notre ambition de faire des études médicales, au sens le plus large du terme, incluant l'odontologie, la pharmacie et la maïeutique, des cursus exigeants, mais aussi plus ouverts et plus accueillants. Cela n'a rien de contradictoire, bien au contraire, car notre ambition n'est pas seulement de former, demain, plus de médecins, mais également de les préparer à divers modes d'exercices, dans différents territoires, y compris dans les zones sous-denses ou les territoires ruraux. Nous voulons les préparer à des pratiques médicales qui seront bien différentes de ce qu'elles sont aujourd'hui, c'est-à-dire leur permettre d'apprendre par eux-mêmes, tout au long de leur vie, afin qu'ils puissent s'adapter et évoluer.

Un point sur lequel je veux insister est que, aujourd'hui, certains étudiants en santé sont en difficulté. Ils nous le disent, et les enquêtes le montrent. Nous avons mis en place des mesures pour y remédier. Pour eux aussi, il nous faut passer du soin à la prévention, et faire en sorte que les étudiants en santé soient à leur aise dans leurs études. Nous le leur devons, et nous le devons à leurs futurs patients, qu'ils ne soigneront bien que si eux-mêmes vont bien.

Toutes ces questions ne pourront pas être exclusivement traitées par la loi. Une large concertation, dans laquelle nous nous sommes pleinement engagées avec Mme la ministre des solidarités et de la santé, se poursuit autour du nouveau parcours des études en santé. Cette concertation trouvera sa traduction dans les textes réglementaires qui permettront d'appliquer la loi.

Notre ambition collective est donc de dessiner le cadre qui permettra aux acteurs universitaires, aux étudiants et à tous les acteurs du système de santé qui concourent à la formation, de faire vivre des cursus plus ouverts et diversifiés. Je pense, par exemple, à la formation de tous les étudiants en santé à la prévention, grâce au développement du service sanitaire.

Le premier article du projet de loi vous propose de mettre fin au gâchis de la PACES et du numerus clausus. Aujourd'hui, ce dispositif réussit le tour de force de conduire à l'échec d'excellents lycéens, prétendant inscrire des étudiants dans les études de santé, pour les en exclure massivement après une, souvent deux années de travail intensif. Nous voulons le transformer en un système qui ne se contente pas d'inscrire les lycéens à l'université, mais qui les y fera réussir, tout en permettant à ceux qui le souhaitent de candidater pour entrer dans les études de santé. Si certains seulement seront sélectionnés, tous pourront désormais poursuivre un cursus, obtenir un diplôme et réussir dans l'enseignement supérieur.

Les étudiants, inscrits dans une diversité de parcours, y compris dans des universités sans faculté de médecine dans des villes de taille moyenne, pourront candidater en filière médicale. Ils seront sélectionnés sur l'excellence de leur parcours académique et sur des épreuves complémentaires qui évalueront aussi des compétences que nos concitoyens jugent importantes, comme les compétences relationnelles, l'empathie ou la communication.

Bien évidemment, tout n'est pas dans le projet de loi, et le succès de cette transformation reposera en grande partie sur la mobilisation de tous les acteurs, et d'abord des universités.

Notre ambition collective dans les prochains jours doit être de dessiner le cadre qui leur permettra de mettre en œuvre cette transformation inédite des études médicales.

Ce qui est dans le projet de loi, en revanche, c'est la traduction concrète de la volonté de transformer en profondeur la formation des futurs médecins. Cela fait des années que l'on évoquait à demi-mot la suppression du *numerus clausus*. Il n'y aura pas de demi-mesure cette semaine : nous proposons bien de supprimer le *numerus clausus*.

Beaucoup de discussions ont eu lieu, pendant la concertation mais également en commission, sur ce qui est décrit dans le texte comme le « parcours de formation antérieur » aux études de santé. Cette formulation a été choisie pour suggérer la diversité que nous souhaitons introduire dans le recrutement des professionnels.

La demande de soins évoluera fortement dans les prochaines années. Certains patients auront besoin de professionnels maniant des compétences techniques nouvelles liées au *big data* ou à l'intelligence artificielle. Beaucoup de professionnels devront se coordonner dans une approche globale bio-psycho-sociale autour du patient ayant des difficultés multiples, souhaitant vivre dans son environnement et être pleinement acteur de sa santé. Les biotechnologies continueront de se développer. Les études de pharmacie, de médecine, d'odontologie, de maïeutique, et plus généralement les études de santé doivent intégrer ces demandes à venir, et la diversité des voies de recrutement y participe.

Préciser davantage ces parcours, comme certains le souhaiteraient, ou identifier plus précisément une voie parmi d'autres nous ferait prendre le risque de voir, à terme, se reconstituer une PACES, autrement dit une voie d'accès unique qui passerait à côté du talent de nombreux étudiants venus d'horizons divers. Je tiens particulièrement à saluer les rapporteurs de la commission des affaires sociales comme de la commission des affaires culturelles, grâce auxquels, à l'issue de votre travail en commission, le Gouvernement pourra ouvrir une fenêtre d'expérimentation qui décloisonnera l'organisation des formations médicales et paramédicales. Ces expérimentations viendront accélérer le mouvement d'inclusion de toutes les formations en santé dans l'université, que nous avons impulsé conjointement avec Agnès Buzyn dès l'année dernière. Elles permettront aux étudiants d'apprendre à travailler ensemble, de prendre le temps de leur orientation, mais aussi d'accéder à la formation par la recherche.

Des interrogations ont été formulées sur la place de la formation menant à la profession de masseur-kinésithérapeute. Nous y reviendrons pendant les débats, mais je veux ici vous rassurer : les textes réglementaires qui la définissent seront adaptés pour ce qui est du mode d'admission, qui sera ouvert, comme il l'est aujourd'hui, à une diversité de filières universitaires.

Le deuxième article du projet de loi nous amène plus loin dans les études médicales, toujours avec l'ambition de concilier exigence, bienveillance et ouverture. Aujourd'hui les études de médecine s'apparentent à un concours de saut d'obstacles ne convenant qu'à un type d'intelligence. L'étudiant, sélectionné à partir de questionnaires à choix multiples en PACES, les retrouve tout au long de son cursus, et il accède à telle ou telle spécialité en fonction de sa capacité à mémoriser une grande quantité d'informations et à cocher les bonnes cases. Les capacités de synthèse, de prise de décision en situation d'incertitude ou, plus simplement, de conduite d'un entretien ou d'un examen clinique

sont peu évaluées, et comptent finalement assez peu dans l'orientation, ni non plus le fait de s'être impliqué dans un travail de recherche.

Est-ce bien cela que nous voulons pour nos futurs médecins? Eux, en tout cas, nous disent clairement le contraire. Ils ne veulent plus de ce modèle dans lequel le bachotage intensif leur fait perdre le sens même de ce qui les avait conduits à s'engager dans la voie des études médicales.

M. Jean-Paul Lecoq. Il faut de l'humain !

Mme Frédérique Vidal, ministre. Nous vous proposons donc de mettre fin à cette situation, de diversifier les critères d'évaluation des étudiants, de construire des parcours multiples, de leur permettre de réfléchir et de respirer. Je suis convaincue qu'ainsi mieux formés, ces étudiants nous soigneront mieux.

Pour conclure, je voudrais évoquer la principale question présente dans les esprits de tous les élus que vous êtes, et qui vous est constamment posée en circonscription : qu'est-ce que tout cela changera aux problèmes des zones où manquent des professionnels de santé ?

C'est un problème que nous devons aborder sous l'angle de la formation. Il faut neuf à quinze ans pour former un médecin. Les difficultés actuelles sont le résultat de décisions prises dans les années 1990 et 2000. Il faudra du temps pour corriger ce passif. Chacun peut le comprendre, nous ne pouvons pas augmenter dès demain le nombre de médecins diplômés. Nous pouvons, en revanche, améliorer, dès demain ou après-demain, l'accès aux soins par un ensemble de mesures qu'Agnès Buzyn vous a présentées. Des formations nouvelles, comme la création des diplômes d'infirmier de pratique avancée, initiée dès le mois de septembre dernier, permettront également des organisations différentes, libérant du temps médical en assurant différemment et mieux la prise en charge des maladies chroniques, par exemple.

Faire de la formation un levier à long terme pour changer la manière dont nous répondons à la demande sociale et territoriale de soignants, c'est tout l'objet du chapitre 1er du projet de loi. Nous sommes confiants dans l'idée qu'un processus de décision à l'écoute du terrain tiendra bien mieux compte des réalités. Il est important que toutes les parties prenantes y concourent. C'est le sens de l'association de la commission régionale de la santé et de l'autonomie que votre commission des affaires sociales a souhaité inscrire dans la loi, à l'initiative de la rapporteure Stéphanie Rist.

Si l'examen en commission nous a déjà permis de franchir des étapes importantes, je ne doute pas que nous aurons un débat riche et vivant sur ce que nous attendons collectivement des études de médecine dans leur généralité. Beaucoup d'autres propositions nous permettront d'évoquer le contenu des études, l'organisation des stages, la place des patients. Nous vous proposerons de modifier la définition même des études médicales dans le code de l'éducation pour l'adapter à ce que nos concitoyens attendent aujourd'hui de la formation d'un médecin. D'autres propositions portent sur des contenus de formation. Elles ne sont pas du domaine de la loi mais pourront inspirer la rédaction des textes réglementaires.

Vous l'avez compris, mesdames, messieurs les députés, l'intention du Gouvernement est claire. La transformation de l'organisation de notre système de santé est un mouvement structurel d'évolution à long terme au profit de nos concitoyens. La réforme des études médicales, c'est la construction dans nos universités, avec les professeurs, les

étudiants, les patients et tous les professionnels qui concourent à la formation, particulièrement en stage, du socle de cette transformation. Nous le devons à nos concitoyens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Nous examinons aujourd'hui le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé _ le projet de loi « ma santé 2022 », comme j'ai pris l'habitude de le nommer, tant il représente une part importante du plan présenté par le Président de la République, le 18 septembre dernier.

« Ma santé 2022 », est un plan ambitieux issu de plusieurs mois de travail et de concertation avec tous les acteurs, à la suite du lancement par vous-même, madame la ministre, et le Premier ministre de la stratégie de transformation du système de santé, il y a plus d'un an. Quels constats partageons-nous avec les Français, qui nous conduisent aujourd'hui à débattre de ce projet de loi ?

Notre système de santé est à bout de souffle, n'ayant pas connu de réforme structurelle depuis 1958. À cette époque, nous étions moins nombreux et nous vivions moins longtemps ; on avait pensé le système par sa tête, avec les centres hospitaliers universitaires _ CHU. Ce système, nous voulons aujourd'hui le remettre sur ses pieds, en partant du terrain pour répondre aux besoins des Français.

Ceux-ci le disent depuis longtemps, et ils nous l'ont répété à chaque réunion du grand débat : l'accès aux soins est devenu, ces dernières années, une source majeure d'inégalités et une inquiétude du quotidien.

Deux phénomènes en sont responsables. Le premier est le *numerus clausus*, dont le niveau a été baissé parce que certains pensaient, à une époque, qu'avec moins de médecins, il y aurait moins de prescriptions et peut-être même moins de malades. Ce fut une erreur. Le deuxième est que les Français sont plus nombreux et vivent plus longtemps en développant, l'âge avançant, des maladies chroniques qui nécessitent plus de temps de soins. C'est cet écart croissant entre les besoins en santé des Français et l'offre de soins qui aboutit aux difficultés que nous vivons aujourd'hui partout en France.

Notre ambition est claire : améliorer l'accès aux soins des Français, leur garantir la qualité et la sécurité des soins. L'égal accès aux soins, c'est le cœur de notre promesse républicaine. Nous proposons, avec ce projet de loi, des solutions à court, moyen et long terme.

Le long terme, c'est la formation. Nous allons enfin supprimer le *numerus clausus*, former plus de médecins, aux profils plus divers. Surtout, nous allons mettre fin à ce gâchis humain par lequel, chaque année, de brillants bacheliers quittaient l'université après deux ans d'études sans aucun diplôme en poche. Nous le savons, ces médecins plus nombreux n'arriveront que dans dix ans. Mais ce n'est pas une raison pour maintenir le *numerus clausus*. D'ailleurs, s'il avait été supprimé avant, nous ne serions pas dans la situation difficile que nous connaissons aujourd'hui. (*Exclamations sur les bancs du groupe LR.*) Ce projet de loi va permettre, non seulement de former davantage de médecins, mais aussi de s'assurer du parfait maintien de leurs connaissances et de leurs compétences via la certification périodique _ une révolution.

D'ici là, l'attente est grande. Nous entendons y apporter des solutions, y répondre de manière cohérente et innovante. La solution, ce n'est pas la fin de la liberté d'installation des médecins. Certes, aujourd'hui, trop peu s'installent en médecine libérale, et d'aucuns pensent qu'ajouter des contraintes à l'installation améliorerait les choses. En réalité, ce serait tout le contraire : plus de contraintes, c'est encore moins d'installations en libéral, moins de médecins sur le terrain.

Mme Laure de La Raudière. Mais qu'est-ce que vous racontez ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Lors de l'examen des amendements, je repousserai systématiquement toutes les mesures visant à contraindre les médecins, pas pour des raisons corporatistes, comme le diront certains, mais par souci d'efficacité. Notre volonté est en effet à la fois de rendre la médecine libérale plus attractive pour les professionnels et les soins plus accessibles pour les patients. C'est tout l'objet de cette réforme.

L'exercice isolé de la médecine, c'est fini ; l'heure est au travail en réseau, aux soins coordonnés. Il est fini le temps où les médecins de deux cabinets distants de 300 mètres ne se coordonnaient pas pendant les congés, laissant une population sans médecin entre Noël et le 1^{er} de l'an. Ce n'est plus possible, et les médecins eux-mêmes changent leurs pratiques.

Les médecins doivent être déchargés des tâches administratives superflues. Les futurs assistants médicaux y contribueront.

Les relations entre professionnels de santé doivent être plus organisées, et les compétences davantage partagées au travers d'un exercice coordonné entre médecins, pharmaciens, infirmiers, dentistes, kinés et sages-femmes. C'est en ce sens que j'ai présenté à la commission des affaires sociales, qui les a adoptés, plusieurs amendements visant, pour les uns, à permettre aux pharmaciens de délivrer, sous protocole de la Haute Autorité de santé, des médicaments pour les maladies du quotidien _ l'angine ou la cystite, par exemple _ et de renouveler des traitements chroniques, pour les autres, à autoriser les infirmiers à adapter les posologies de certains traitements, comme les anticoagulants, en fonction des résultats de prise de sang ; tout cela se faisant en lien systématique avec le médecin traitant, dans le cadre d'un exercice coordonné.

Ce sont là des réponses concrètes, immédiates, aux besoins des Français pour leur faciliter l'accès aux soins _ des soins primaires de proximité, organisés via les communautés professionnelles territoriales de santé et qui s'articulent vraiment avec l'hôpital.

C'est tout l'objet de l'hôpital de proximité. Nous souhaitons en labelliser 500, peut-être plus. Dans ces établissements, l'exercice mixte sera facilité pour les professionnels entre la ville et l'hôpital. Et parce que proximité rime avec qualité et sécurité des soins, ces hôpitaux offriront, en soutien à la médecine de ville, des services de médecine avec des consultations avancées de spécialistes. Ils donneront accès à un laboratoire de biologie, à des équipements de radiologie, et pourront proposer des services d'urgence, des centres de périnatalité, des services de soins de suite et des équipes mobiles de soins palliatifs, bref tous les soins dont on a besoin au plus près de chez soi.

Proximité rime aussi avec modernité. C'est l'enjeu de ce projet de loi, qui fait prendre à notre système de santé un virage numérique, et le fait ainsi entrer dans le XXI^e siècle. Le

numérique offre la possibilité aux professionnels de gagner du temps et, aux patients, de s'approprier leur santé. Être acteur de sa santé, c'est ce que permettra l'espace numérique de santé, conçu comme une plateforme d'applications où vous pourrez retrouver votre dossier médical partagé, votre dossier pharmaceutique, votre carnet de vaccinations électronique et toutes les applications que vous avez peut-être déjà sur votre téléphone et dont vous pourrez partager les données avec votre médecin. Cela permettra une meilleure prise en charge, plus de prévention et un meilleur suivi.

Après avoir poursuivi le déploiement de la télémédecine dans la loi en 2017, nous allons plus loin dans la télésanté en l'étendant aux autres professionnels de santé pour, demain, permettre une séance d'orthophonie ou une surveillance infirmière en téléconsultation, par exemple. Nous nous engageons également dans la e-prescription pour plus de sécurité dans les ordonnances et plus de praticité au quotidien, par exemple un dépannage de médicaments lorsqu'on est loin de chez soi.

Tout ce que je viens d'évoquer sera mis en place dans les prochains mois grâce à ce texte que nous examinons aujourd'hui, après plus de quarante heures d'auditions et près de vingt-quatre heures de débats en commission des affaires sociales où 169 amendements, provenant de tous les bancs, ont été adoptés. L'examen en commission, dans un climat tout à fait serein et apaisé, a permis d'enrichir le texte sur plusieurs points.

Pour ma part, je reviendrai en séance publique sur certaines mesures votées en commission contre mon avis, telles que l'obligation de stages en zones sous-denses, qui bloquerait des étudiants dans leur parcours,...

M. Pierre Dharréville. Comment cela ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. ...le droit opposable au médecin traitant ou les missions-socles des communautés professionnelles territoriales de santé, qui doivent être définies en premier lieu par le dialogue social, via les négociations conventionnelles entre professionnels de santé et l'assurance maladie.

Je tiens à remercier Mme la ministre de la santé pour son écoute toujours attentive et pour avoir transformé par voie d'amendements gouvernementaux en commission deux ordonnances dans le projet de loi. Nous pourrions ainsi débattre ici plus en détail, et avec passion certainement, des missions-socles des futurs hôpitaux de proximité...

M. Jean-Pierre Door. Eh oui !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. ...et de la création de l'agence régionale de santé de Mayotte.

Mes chers collègues, ce n'est pas aux Français de s'adapter au système, c'est au système de s'adapter aux Français.

M. Alain Bruneel. Bien dit ! Mais ce n'est pas la réalité !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Fin du numerus clausus, plus de médecins formés, des professionnels organisés en équipes pluridisciplinaires sur le terrain pour plus de soins coordonnés et de partage de compétences, des hôpitaux de proximité modernisés et le virage du numérique en santé : cette loi « Ma santé 2022 » est une chance de transformer enfin notre système de santé, une chance de donner à chaque Français, quels que soient son âge, son niveau de vie et son code postal, un égal et un meilleur accès aux soins. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Mme Laure de La Raudière. Amen !

Mme la présidente. La parole est à Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales. Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé est d'abord celui de la transformation. Il s'agit, en particulier, de transformer en profondeur un dispositif de formation aux professions de santé devenu à bien des égards archaïque, cloisonné, jacobin, et surtout incapable de répondre aux besoins de nos concitoyens. Ceux-ci sont très attachés à la qualité de l'offre de soins, mais leurs besoins évoluent sans cesse dans ce domaine. Il nous appartient d'y répondre de façon pragmatique, efficace et ambitieuse.

C'est une transformation en profondeur, plus exactement une mutation, tant les objectifs que nous nous sommes fixés sont majeurs et vont durablement modifier la formation des médecins. Rien d'aussi important n'aura été fait depuis les ordonnances Debré de 1958. Il y aura un avant et un après.

C'est une transformation dans la durée, car nous travaillons aujourd'hui pour plusieurs décennies en refondant des formations d'excellence qui sont longues pour la plupart. De nos décisions d'aujourd'hui dépendra la qualité des réponses apportées aux besoins de nos enfants et de nos petits-enfants en matière de santé. Soyons conscients de notre responsabilité !

Transformer, oui, mais de quoi s'agit-il plus précisément ?

Il s'agit, d'abord, de ceux qui exerceront ces métiers de la santé et qui nous soigneront demain. C'est avec eux que se joue l'avenir.

Chaque année, des milliers d'étudiants en santé se retrouvent broyés par un système absurde, par un concours déshumanisé, un concours guillotine qui ne reconnaît ni le talent ni les compétences, valorisant celui qui sait le mieux apprendre mais pas nécessairement comprendre. Il faut en finir avec le bachotage, les heures interminables à apprendre par cœur des centaines de pages de photocopiés, oubliées sitôt le concours passé. Remettre l'intelligence au cœur de la formation, voilà toute notre ambition. Sur les 60 000 candidats ayant passé le concours en 2018, seuls 22 % ont intégré la deuxième année de formation ; les autres ont été obligés de redoubler ou de changer de filière sans valider d'année universitaire. Quel gâchis, sachant l'investissement qu'exige cette première année ! Pouvons-nous rester passifs devant ces jeunes qui, pendant des nuits entières, Stabilo et fiches à la main, s'astreignent à un rythme de travail rigoureux et à intégrer des connaissances colossales, pour se retrouver abandonnés au couperet du classement ? Supprimer les redoublements et permettre de repasser le concours tout en poursuivant une filière universitaire, c'est supprimer ces situations de gâchis.

Nous ne proposons pas pour autant de former des médecins au rabais. « Les vrais hommes de progrès sont ceux qui ont pour point de départ un respect profond du passé », écrivait Ernest Renan, et j'ai un profond respect pour les grands précurseurs de la médecine française. Ce projet de loi veut ajouter des têtes bien faites aux têtes bien pleines.

À cet effet, il promeut la diversification des profils. Aujourd'hui, près de 90 % des élèves intégrant la première année sont détenteurs d'un bac S, mention « Bien » ou « Très bien », et possèdent un excellent niveau de mathématiques. Où sont les étudiants des autres filières ? Où sont les étudiants qui aiment l'histoire, l'économie ou le droit ? Ils n'ont aucun moyen d'accès aux filières de santé. La diversification des étudiants est essentielle. Demain, un étudiant

féru de philosophie ou d'histoire du bas Moyen Âge pourra, s'il le souhaite – et s'il en a la capacité, bien sûr – intégrer une filière santé. La réforme de l'entrée en troisième cycle des études de médecine porte aussi cette exigence. Il faut, bien entendu, prendre en compte les connaissances et les compétences, mais aussi le parcours personnel des étudiants, enrichi par leurs expériences, et écouter leur projet professionnel lorsqu'ils choisiront une spécialité. Un classement ne devrait pas si facilement briser des ambitions de carrière. Or la loi du concours est impitoyable pour les étudiants : combien de vocations de potentiels grands cardiologues, ophtalmologues ou neurochirurgiens se sont perdues à cause d'une épreuve ratée ?

Il s'agit ensuite, et c'est une transformation non moins profonde, de valoriser la complémentarité, la mise en commun, la transversalité entre les différents professionnels de santé. Cela commence dès la formation. J'ai proposé à la commission des affaires sociales, qui l'a adopté, un amendement en ce sens, qui favorise la transversalité et le développement d'un tronc commun entre filières médicales et paramédicales. Ceux qui se forment ensemble se comprennent mieux et apprennent à travailler ensemble. C'est ainsi que la formation pose les fondements d'une meilleure collaboration interprofessionnelle, pierre angulaire de la transformation de notre système de santé. Le tronc commun des formations des professions de santé permettra de ne pas enfermer les étudiants dans une filière mais, au contraire, de les accompagner tout au long de leurs études ; il favorisera les passerelles entre les formations, donc une orientation progressive, comme c'est le cas dans plusieurs pays étrangers. « Vous devez être le changement que vous voulez voir dans le monde », disait Gandhi.

Transformer pour des décennies, c'est aussi savoir préparer celles et ceux qui se destinent aux professions de la santé aux métiers de demain, car ceux-ci, à n'en pas douter, ressembleront d'assez loin à ce que nous connaissons aujourd'hui : 65 % des écoliers actuels exerceront des professions qui n'ont pas encore été inventées. Dans le domaine de la santé, on croisera peut-être des ambulanciers qui conduiront des drones – des « andronanciens » –, des chirurgiens faisant appel à des assistants robots – des « botirurgiens » – ou des imprimeurs d'organes 3D... Il faut préparer les futurs professionnels à ces métiers de demain, les préparer à s'adapter aux nouvelles techniques et aux nouveaux besoins. Nous ne pouvons deviner comment nous et nos enfants et petits-enfants serons soignés en 2050, mais nous pouvons diversifier les profils des professionnels de santé et les préparer à développer des capacités d'adaptation face à ces transformations.

Outre des compétences cliniques, il faut également intégrer des compétences relationnelles dans les formations. Il s'agit de valoriser l'empathie, par exemple, pour aborder plus sereinement le dialogue avec les patients et mieux recueillir leurs paroles, leurs témoignages. Si le patient est bien au cœur de notre réforme du système de santé, ses besoins et ses expériences sont une richesse que l'on peut exploiter dès la formation. De nombreux pays déjà, comme le Royaume-Uni et le Canada, ont mis en place des pratiques d'enseignement dans ce sens, valorisant les connaissances expérientielles des patients. J'aborderai ce sujet au travers d'un amendement, car il est essentiel, selon moi, que le patient trouve sa place dans les salles de cours, et non plus uniquement dans les salles d'attente.

Toujours dans cette démarche de transformation, le projet de loi prévoit la réforme des statuts des praticiens hospitaliers, car ils sont aujourd'hui trop nombreux et peu attractifs. Cela permettra de lutter contre la désertification médicale, véritable défi pour nos territoires.

Transformer, et c'est peut-être là le volet le plus emblématique de ce projet de loi, c'est aussi supprimer le trop célèbre *numerus clausus*. La fixation, de façon centralisée et étatique, du nombre d'étudiants qui entrent en deuxième année, ne sera bientôt plus qu'un triste souvenir ! Il s'agit désormais de répondre aux besoins des Français, au regard tant du nombre de professionnels de santé que des spécialités et de la localisation. Mais attention, nous ne substituerons jamais la logique du chiffre à la qualité. L'augmentation du nombre d'étudiants formés ne saurait être synonyme d'une baisse de l'exigence de qualité que les universités et les organismes de formation aux professions de santé se sont fixée depuis bien longtemps et qui est reconnue dans le monde entier.

Le nombre de médecins ne reflétera plus un chiffre inscrit chaque année dans un décret mais il résultera d'un dialogue entre les universités et les agences régionales de santé qui prendra enfin en compte les besoins des territoires.

Afin d'épauler ces agences dans leur démarche d'adéquation entre la nature des besoins de santé et la formation universitaire, nous avons adopté en commission un amendement tendant à prévoir la consultation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA. Les avis de la CRSA concourent déjà à définir la politique régionale de la santé. Cet organe regroupe en effet en son sein des professionnels de santé, des représentants des collectivités territoriales et des représentants d'usagers, sur l'expertise et les connaissances desquels l'élaboration de l'avis de l'ARS pourra véritablement s'appuyer.

Nous ne pouvons continuer à voir se creuser le déficit démographique médical sans rien faire. Les besoins identifiés par les agences et les acteurs de terrain, qui se traduisent par l'ouverture de postes d'internat, doivent être satisfaits. Trop de postes, aujourd'hui, ne sont pas pourvus, les étudiants en médecine ne venant pas s'installer dans des territoires où la démographie médicale est critique mais où il fait pourtant bon vivre. La réduction de ce taux d'inadéquation doit être l'un de nos objectifs.

Mes chers collègues, c'est avec force que ce projet de loi remédie aux situations difficiles de nos territoires, et c'est avec force que je le défends devant vous. Hippocrate l'a dit mieux que je ne saurais l'exprimer : « la force qui est en chacun de nous est notre meilleur médecin ». (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles et de l'éducation.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles et de l'éducation. La commission des affaires culturelles s'est saisie pour avis des articles 1er et 2 du projet de loi qui concernent directement son champ de compétences, en particulier pour l'enseignement supérieur.

Le constat que je tire du fonctionnement des études de santé après les auditions que nous avons menées est sans appel. « Gâchis », « boucherie », « massacre », « désastre pédagogique », « difficultés psycho-sociales », tels sont les termes qui ont été employés pour qualifier le concours qui sanctionne la PACES, qui assure également l'accès aux filières d'odontologie, de pharmacie et de maïeutique. Ce concours permet à un peu plus de 20 % seulement des étudiants

inscrits de poursuivre des études dans l'une de ces filières, et il faut, dans les deux tiers des cas, redoubler pour le réussir. Si vous échouez à ce concours, une réorientation, souvent brutale, est nécessaire.

De fait, de très nombreux bacheliers ayant réussi leur parcours au lycée avec les honneurs sont évincés chaque année, non seulement de ces professions, mais d'un système universitaire qui peine à les garder en son sein, tant leur dégoût et leur perte de confiance en eux sont grands.

La situation des futurs médecins n'est pas plus enviable. Après ce concours initial, ils en passent un second, lui aussi capital, à l'issue de six années d'études. Le classement à ce second concours conditionne leur vie professionnelle et détermine le lieu et la spécialité dans lesquels l'étudiant effectuera son internat. Ces deux couperets ne contribuent pas au bien-être des étudiants en médecine et ils conduisent à ce que la pédagogie soit largement déshumanisée.

Ce système est, de surcroît, particulièrement inégalitaire, car il dresse des barrières psychologiques empêchant des étudiants talentueux, issus de milieux défavorisés ou en situation de handicap, de se rêver médecin. Toutes les familles n'ont pas les capacités financières de soutenir leurs enfants durant deux années d'études en PACES qui, trop souvent, sont deux années perdues.

L'objectif est de passer d'un système à entrée et sortie uniques à un autre, beaucoup plus ouvert, qui accueille des étudiants d'autres horizons et leur permette également, en cas d'échec, de se diriger vers d'autres voies sans perdre entièrement le bénéfice de leurs années d'étude en médecine. La réforme est particulièrement ambitieuse, notamment en raison de son caractère systémique. En effet, ce ne sont pas seulement les études de santé qui sont concernées, mais l'ensemble des licences proposées par les universités.

Certaines facultés pourront facilement mettre en œuvre cette réforme ; d'autres rencontreront plus de difficultés, notamment lorsque la composante « santé » est, comparativement, importante. C'est pourquoi le texte proposé par le Gouvernement est souple, étant entendu que la mise en œuvre de la réforme nécessitera de s'adapter à chaque université en faisant du « sur-mesure ».

Les ambitions sont toutefois partout les mêmes : diversifier les voies d'accès aux études de santé afin de recruter des profils qui correspondront à ce qu'on attend, demain, de ces professionnels, et éviter l'actuel gâchis humain. Un amendement tendant à fixer par voie réglementaire des objectifs de diversification des voies d'accès a été adopté en commission et figure dans le texte en discussion. Je proposerai, en parallèle, à notre assemblée un amendement visant à expliciter la notion de diversification. Celle-ci doit en effet concerner à la fois les modalités d'accès, en veillant à une diversité des profils des étudiants, et les modalités d'organisation, en favorisant la diversité des formations offertes.

Les capacités d'accueil des centres hospitaliers universitaires étant limitées, il faudra également trouver de nouveaux terrains de stages pour nos internes. À ce sujet, je me félicite qu'un amendement adopté en commission prévoie, pour la validation du deuxième cycle, que soit effectué au moins « un stage situé dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ».

La réussite de la réforme est conditionnée à plusieurs facteurs. Elle doit d'abord être comprise par les principaux intéressés. Nous allons passer d'un système très simple à un

dispositif pluriel, et il faudra que les responsables de l'orientation au sein des lycées, par exemple, en comprennent les subtilités.

De plus, la réforme doit être pleinement acceptée par la communauté universitaire. Or certaines licences vont craindre de perdre leurs meilleurs éléments au profit des études de santé, quand d'autres auront des difficultés matérielles à accueillir plus d'étudiants. Afin que toutes les licences jouent le jeu, il est souhaitable de rendre le dispositif législatif un peu plus contraignant, notamment en ce qui concerne la fixation d'objectifs de diversification des voies d'accès.

Enfin, la réussite de la réforme suppose une rénovation pédagogique, notamment en première année. Il faudra s'assurer de la création de mineures « santé » autant que possible sur l'ensemble du territoire, en veillant à ce qu'elles soient associées à des majeures très diverses. Je suis confiant sur ce point.

J'ai encore plus confiance dans le succès de la réforme proposée par l'article 2, qui concerne les seules études de médecine.

Il nous a également paru évident qu'un tel système devait faire une place plus grande aux étudiants en situation de handicap. Je suis heureux que l'amendement permettant de prendre en compte leurs spécificités ait été adopté en commission et figure dans le texte que nous examinons aujourd'hui.

Ce texte proposé par le Gouvernement et amélioré par l'Assemblée constitue un progrès capital, et il aura des répercussions considérables sur l'ensemble du système de santé. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

MOTION DE REJET PRÉALABLE

Mme la présidente. J'ai reçu de Christian Jacob et des membres du groupe Les Républicains une motion de rejet préalable déposée en application de l'article 91, alinéa 5, du règlement.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Le projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé inscrit à l'ordre du jour est attendu par les usagers, par les professionnels de santé ainsi que par les étudiants en médecine ou qui s'engagent dans ces études.

Nous sommes d'accord sur le diagnostic : le système de santé est à bout de souffle, et même au bord du collapsus. Alors que les dépenses de santé atteignent quasiment 200 milliards d'euros, soit 11,7 % du PIB, au cours des dix dernières années, les déficits d'exploitation des hôpitaux ont triplé et leurs investissements diminué, si bien que la plupart sont dans une situation financière tendue, voire « dans le rouge ». Un Français sur dix vit dans un désert médical, comme l'a rappelé la crise des gilets jaunes.

M. Jacques Marilossian. À qui la faute ?

M. Jean-Pierre Door. Dans ma région du Centre-Val de Loire, 20 % de la population est dans ce cas.

Le cloisonnement est un frein au parcours des patients qui demandent une offre de proximité et de qualité. En 2018, plus de sept Français sur dix auraient renoncé au moins une fois à se soigner.

Contrairement à nos voisins européens, nous investissons insuffisamment dans la prévention. Alors que de nombreux facteurs, dont l'amélioration des traitements, ont contribué à l'allongement de l'espérance de vie, celui-ci tend à ralentir, des projections indiquant même que l'espérance de vie pourrait atteindre un plafond.

Les études médicales doivent être adaptées aux besoins tout en poursuivant des objectifs réalistes. Il faut aussi que la médecine puisse mettre à profit les progrès du numérique. C'est pourquoi une transformation structurelle s'impose.

Il y a plus d'un an, le Premier ministre, en visite à Eaubonne, a indiqué avec fermeté vouloir mettre fin aux « rafistolages de la santé ». Le 18 septembre 2018, ce fut au tour du Président de la République de présenter le plan « Ma santé 2022 » dont les propositions, d'inspiration technocratique, n'étaient pas à la hauteur des attentes des Français au regard des situations d'urgence récurrentes à résoudre.

Ce n'est qu'aujourd'hui que le Gouvernement nous présente ce projet de loi de vingt-trois articles, qui a été préparé dans la précipitation et sur lequel il a engagé la procédure accélérée. Ce texte, très en deçà des annonces initiales, n'est, en fait, que l'une des briques du plan de santé.

Y a-t-il lieu que nous en délibérions ? La soudaine précipitation du Gouvernement contraint notre assemblée à légiférer dans des conditions qui ne peuvent que nuire à la qualité de la loi. Par bien de ses aspects, le texte contrevient d'ailleurs au principe de clarté défini par le Conseil constitutionnel, et à celui d'intelligibilité de la loi, objectif ayant une valeur constitutionnelle.

À cet égard, je me réfère au président Jean-Louis Debré qui, le 25 mars 2005, dans le cadre du printemps du droit constitutionnel organisé par le Centre de recherche en droit constitutionnel de l'université Paris I, a souligné que les parlementaires avaient une responsabilité à l'égard de la qualité de la loi. Eh bien, prenons nos responsabilités face à un texte ultra flou, qui nous prive d'une information susceptible de nous permettre d'exercer notre compétence de contrôle ! Le Conseil d'État a dénoncé, dans son rapport public de 1991, « un droit mou, un droit flou, un droit à l'état gazeux ». Or, madame la ministre, ce projet reste flou, car plusieurs de ses dispositions sont renvoyées au décret d'application. C'est manifeste notamment pour les études médicales, dont il est question à l'article 1er et à l'article 2.

Nous sommes d'accord sur les objectifs d'une réforme de l'accès aux études médicales, d'une diversification des modalités d'entrée et de la suppression du numerus clausus, devenu inadapté. Nous approuvons également le principe d'une réforme des deuxième et troisième cycles, notamment la suppression des épreuves classantes nationales tant décriées par les associations étudiantes et les doyens de médecine, surtout depuis le fiasco de juin 2017, lorsque deux épreuves classantes avaient été annulées pour rupture d'égalité.

Toutefois, de nombreuses incertitudes n'ont pas été levées lors des auditions et de la discussion en commission. Le Gouvernement a dû, par exemple, déposer in extremis un amendement énonçant les missions des hôpitaux de proximité, qui doivent être le trait d'union entre la médecine de ville et le milieu hospitalier, tant celles-ci restaient vagues. Leur périmètre n'est pas encore bien défini.

Au motif qu'il faudrait désormais aller vite, d'autres dispositions concernent des ordonnances, ce qui nous prive d'un débat complet et approfondi. Cela nous prive également

d'une véritable concertation alors que la clé d'une réforme médicale bien menée est de la conduire avec ceux qui font le système de santé.

Il en va ainsi de l'article 3 visant à habilitier le Gouvernement à prendre des mesures de recertification des compétences des médecins par voie d'ordonnances. L'article 6 est une habilitation relative aux mesures créant un statut unique de praticien hospitalier et supprimant le concours.

L'article 8 est, pour sa part, une habilitation à prendre des ordonnances pour redéfinir les missions et les modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité. Encore des ordonnances à l'article 9, afin de moderniser le régime des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds. Enfin, quatre habilitations à l'article 19.

De surcroît, les deux derniers articles sont des ratifications d'ordonnances. Si l'on ajoute à ce décompte les mesures d'abrogation et de toilettage de l'article 15, il apparaît clairement que nous sommes loin de ce que laissent espérer les annonces solennelles initiales.

Madame la ministre de la santé, vous avez déclaré lors de la présentation de vos vœux à la presse : « Nous avons repéré les causes de ce malaise de société et préparé les remèdes pour en sortir ». Il faut croire que le malaise était trop grand et trop profond, et le remède trop lent, à tout le moins trop tardif. Pourquoi avoir attendu deux ans après l'élection présidentielle ? Il faudra encore patienter au moins dix-huit mois pour voir les ordonnances entrer en application.

Enfin, ce projet est, sur bien des points, lacunaire. Qu'est-ce, en effet, qu'un système de santé ? La définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé est globale : « Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Les pouvoirs publics doivent ainsi concevoir des systèmes de santé solides et efficaces, capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, à tous les hommes et à tous les enfants, sans distinction, où qu'ils habitent. »

C'est pourquoi nous regrettons l'absence de vision et de stratégie en matière de prévention, alors que la médecine devient de plus en plus prédictive et préventive, ainsi que l'omission d'un objectif de revalorisation et d'attractivité de la profession des médecins qui concourent à la santé.

Aucune disposition ne concerne la recherche médicale non plus que la recherche pharmaceutique, dont la situation se dégrade, comme le montre le recul de sa compétitivité depuis plusieurs années. En dix ans, la France est passée, dans le classement des pays producteurs de médicaments en Europe, de la première à la quatrième place.

En outre, nous cherchons en vain des propositions concernant le statut des centres hospitaliers universitaires.

Nous sortons d'une loi santé, pilotée par votre prédécesseure, qui n'avait satisfait personne. Le projet de loi répond-il à la promesse de transformation globale de notre système de santé ?

Vous entendez d'emblée répondre au défi de la formation des métiers de la santé. Il s'agit, à juste titre, d'assurer une formation de qualité en vue de la réorganisation territoriale de l'offre de soins et de la mise en place des parcours de patients pluriprofessionnels. Cette formation doit préparer la médecine de demain. Ainsi, le projet introduit une nouvelle rédaction de l'article L.631-1 du code de l'éducation pour permettre l'accès aux études médicales à partir de voies diversifiées.

La PACES serait remplacée par une première année de licence en santé sans redoublement. Comme le note la conférence des doyens des facultés de médecine, il convient de « faciliter l'entrée à l'université de jeunes lycéens motivés et susceptibles d'être adaptés à l'exercice d'un métier de soignant », cela dans une logique territoriale que n'autorise guère Parcoursup. Les facultés de médecine dressent le même constat : leurs étudiants ont le même profil standard, tous sont titulaires d'un bac scientifique mention « Bien » ou « Très bien ». Il convient donc de diversifier la culture de ces lycéens, qui ne doit pas être exclusivement scientifique et technique.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. C'est un des objectifs du projet de loi.

M. Jean-Pierre Door. Du point de vue sociologique, ces étudiants sont issus de catégories sociales supérieures. On compte de moins en moins d'étudiants boursiers sur les bancs des facultés ; c'est donc dès le lycée qu'il faut dispenser des informations aux élèves en vue de les préparer à l'entrée dans les études de santé, dans le cadre d'initiatives locales et territoriales. Il y a bien longtemps, les élèves issus des filières philosophiques et littéraires pouvaient se présenter à ces formations et y réussir. C'est devenu quasiment impossible, et c'est bien regrettable.

La mesure phare de votre projet est la suppression annoncée du numerus clausus, qui ne répond effectivement plus à ses objectifs initiaux. Cette suppression a le mérite de mettre fin au système de bachotage, qui était effectivement critiquable. En vérité, le nombre de médecins formés dans chaque université sera déterminé par les universités et par les agences régionales de santé, en fonction de leurs capacités et des besoins du territoire.

L'an dernier, le numerus clausus était fixé à 8 205 pour les étudiants en médecine. Avec ceux appliqués en pharmacie, chirurgie-dentaire et maïeutique, on comptait, en tout, un peu plus de 13 000 étudiants en santé. Vous entendez l'augmenter de 20 % pour atteindre environ 10 000 étudiants. Estimez-vous que les universités, qui sont déjà surchargées, voire saturées, soient en mesure de s'adapter, dans des délais aussi courts, à cette augmentation du nombre d'étudiants ?

En tout état de cause, il serait illusoire de considérer cette mesure, dont les effets ne seront perceptibles que dans une douzaine d'années, sinon plus, comme une solution au problème des déserts médicaux. Ce n'est que de la communication.

Les étudiants en médecine construisent, au cours de leurs études, un projet professionnel. Vous le savez, ils refusent que soit mis fin à leur liberté d'installation. Chez Les Républicains, le respect de la liberté d'installation est dans notre ADN.

Nous payons aujourd'hui les erreurs politiques passées, commises au fil des années par des majorités diverses.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Vous en étiez !

M. Jean-Pierre Door. Pour des raisons technocratiques et bureaucratiques, le numerus clausus est même descendu jusqu'à 3 500 postes par an. Nous en payons aujourd'hui le prix.

S'agissant de la réforme du deuxième cycle, les épreuves classantes nationales, tant décriées par les associations étudiantes et par des doyens, notamment depuis le fiasco de 2017 que j'ai rappelé, devraient être remplacées par trois grandes étapes : une épreuve nationale de contrôle des

connaissances en cinquième année, puis, en fin de sixième année, une évaluation des compétences cliniques et relationnelles, au travers de la simulation en santé. La mesure concernera 8 400 étudiants qui intégreront le deuxième cycle en septembre 2019 et qui passeront les nouvelles épreuves en 2022. Elle vise à ne pas réduire le deuxième cycle à la préparation du concours de fin d'études.

Les épreuves classantes seront remplacées, vous l'avez rappelé, par un « matching » fondé sur un mélange de critères. C'est important, car l'affectation des internes dépend de ce processus multifactoriel. Quelles seront d'ailleurs, dans ce nouveau cadre, les méthodes d'évaluation utilisées ? L'on peut douter, en outre, que les délais de remplacement des épreuves classantes nationales par de nouvelles épreuves soient tenus.

Il est donc raisonnable, vous l'avez dit en commission, que cette réforme attendue, qui a été annoncée en juillet dernier, soit reportée d'un an. Nous avons proposé un tel report par voie d'amendement. C'est donc tant mieux.

Quant au troisième cycle, il devra également évoluer, mais vous n'en parlez pas dans ce projet. Personne n'en parle, d'ailleurs.

Il faut surtout en finir avec le préjugé selon lequel le nec plus ultra serait de former des médecins uniquement dans les hôpitaux universitaires. Avoir pour ambition d'établir un maillage territorial de la santé est un objectif qui vaut aussi pour les études de médecine et pour les centres hospitaliers régionaux. En partageant ses compétences, le CHU contribue à une répartition plus équitable de l'offre de soins sur tout le territoire. Il est, par conséquent, logique que chaque capitale régionale soit le siège d'un CHU.

Or certaines régions comptent plusieurs CHU, quand d'autres en sont dépourvues. Il en est ainsi d'Orléans, chef-lieu de la région Centre-Val de Loire, que j'habite et qui est composée de six départements. Il n'existe qu'un seul CHU, à l'extrémité de cette région, à Tours. L'hôpital d'Orléans-La-Source est le seul centre hospitalier régional français non universitaire, ce qui constitue un frein à l'attractivité médicale et risque d'aggraver encore la dégradation, déjà importante, de la démographie médicale dans le Loiret. En commission, vous ne m'avez pas entendu sur ce point, et je le regrette.

Le CESP _ contrat d'engagement de service public _ aide à l'installation, mentionné à l'article 4, a connu un succès certain et mérite de progresser, car il est n'est pas si ancien que cela. Ce dispositif reste néanmoins incomplet, faute d'accompagnement humain. Il serait utile d'en faire bénéficier ceux qui se destinent à la médecine générale, dont l'attractivité doit être, plus que jamais, un objectif prioritaire.

Faciliter l'installation de jeunes médecins, ce n'est pas seulement développer les aides à l'installation en travaillant sur l'accompagnement des projets des professionnels, c'est aussi promouvoir un accompagnement personnalisé, en s'appuyant, par exemple, sur les plateformes d'accompagnement des professionnels de santé et, surtout, mettre en place des guichets uniques. Les étudiants en médecine nous confirment le manque d'information disponible au sein des facultés.

Les dispositions relatives aux projets territoriaux de santé et de modification de la gouvernance des communautés professionnelles territoriales de santé, les fameuses CPTS, inquiètent le monde médical. La territorialisation de la santé est certes souhaitable, et nous la souhaitons. Cependant, le projet de loi ne définit pas ce qu'est ce nouvel échelon géographique

régional de gestion de la santé. Or c'est fondamental, car le territoire de santé vise à offrir à la population de référence ce dont elle a réellement besoin. Les premiers contrats locaux de santé allaient dans ce sens en définissant de façon pertinente la géographie médicale des territoires concernés.

Les CPTS sont actuellement un pivot de l'organisation des soins de proximité dans les territoires. Elles sont en fait construites actuellement de façon souple et progressive par les professionnels eux-mêmes. Or, selon le projet de loi, les CPTS seraient inscrites dans une organisation territoriale des soins, tandis que leur gouvernance serait modifiée.

Les projets territoriaux de santé sont destinés à réunir les projets de santé élaborés par les communautés professionnelles et ceux des établissements de soins, publics comme privés, ainsi que ceux élaborés par les établissements sociaux et médico-sociaux. Ils constituent un étage administratif qui vient se surajouter, à l'intérieur du projet régional, au projet de santé propre aux différents acteurs. Alors qu'il est de bon ton de dénoncer, dans l'administration territoriale, le fameux mille-feuille territorial, vous ne faites ici que l'épaissir.

Le projet de santé serait, de surcroît, soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS – quel regret d'avoir transmis cette compétence aux ARS et de ne pas l'avoir laissée à un préfet sanitaire placé auprès du préfet ! Une telle organisation aurait permis plus de discussions ; cela aurait été bien mieux. C'est inacceptable, car cela revient véritablement à mettre l'organisation de la santé en coupe réglée.

Les performances du National Health Service britannique, qualifié de Léviathan bureaucratique, sont contestées, notamment en raison de l'allongement des délais d'attente pour être soigné et de la dégradation de la qualité des soins. Le panorama de la santé de l'OCDE montre que cela a des conséquences sur l'état de santé général. Ce mammoth serait-il en train de devenir votre modèle ? Je ne l'espère pas, madame la ministre.

Au lieu de ce projet de suradministration, laissons donc plutôt s'exprimer les initiatives locales et les professionnels libres de s'organiser, au lieu de les placer sous la coupe des ARS !

M. Gilles Lurton et M. Dino Cinieri. C'est vrai, c'est très important !

M. Jean-Pierre Door. La réussite des CPTS, c'est tout ce qui vient de la base en région.

Enfin, il est essentiel de renforcer la place des élus locaux dans le cadre de ces projets territoriaux de santé, de la même manière qu'ils sont déjà impliqués dans les contrats locaux de santé. C'est une méthode bizarre que de recourir à une ordonnance pour mener une concertation encadrée et des contractualisations forcées.

Le professeur René Frydman, qui est bien connu pour ses compétences remarquables, vient de déclarer que votre réforme, madame la ministre, risque de manquer son objectif. Pourquoi le pense-t-il ? Il s'agit d'articuler le système de santé sur tout le parcours du patient dans son territoire de santé, chaque territoire ayant une codirection médicale et administrative. Les ARS devraient n'avoir qu'un rôle d'évaluation.

M. Dino Cinieri. Absolument !

M. Jean-Pierre Door. De la souplesse, il en faudrait aussi pour les hôpitaux de proximité. Seront-ils placés sous la tutelle des groupements hospitaliers de territoire – GHT ? Il serait assurément plus pertinent de les mettre en

mesure de répondre aux besoins des territoires et d'instituer une procédure de labellisation et d'agrément. Par ailleurs, comment seront-ils financés ? Les GHT créés par la loi Touraine vont être renforcés sous l'autorité des agences régionales de santé. Le pouvoir hospitalier serait ainsi concentré dans une nouvelle gouvernance étatique infra-régionale. C'est assez paradoxal, alors même que l'objectif central du projet de loi était de décloisonner l'offre de soins à tous les niveaux, de faire de cet outil hospitalo-centré le levier principal de la restructuration.

Le projet de loi propose également de rendre obligatoire la formule de la commission médicale des GHT. Il conviendra de veiller à la composition de cette commission médicale, au mode de désignation de ses membres et à la répartition des sièges, afin d'éviter des déséquilibres et une dévitalisation des établissements des établissements membres du GHT au profit de l'hôpital support.

Le professeur Frydman rappelait également que la mise en avant des GHT vient torpiller – le mot est fort – l'idée précédente d'un territoire de santé. Ce dont nous avons besoin, c'est d'une coordination territoriale. Or les hôpitaux dans les GHT, cela reste un État dans l'État.

Par ailleurs, le développement du numérique en santé est une très bonne chose. Le projet de loi entend doter chaque usager d'un espace numérique de santé, qui intégrera – enfin ! – le dossier médical partagé tant attendu depuis dix ans. L'étude d'impact indique toutefois qu'il existe des freins majeurs à l'accélération du virage numérique de santé. L'usager est l'oublié de ce virage. L'offre aux professionnels de santé est morcelée et rend les usages complexes dans la pratique quotidienne. Cette stratégie nationale du numérique en santé est donc peu lisible par les acteurs et reste incomplète.

Enfin, la gouvernance n'est pas assez structurée pour mettre en œuvre efficacement la stratégie nationale de santé numérique.

La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Vous savez mon attachement à cette pratique. Un autre professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Dans le Loiret, j'ai moi-même encouragé plusieurs communes à franchir le pas ; plusieurs sites ont déjà été installés, et cela fonctionne bien. La semaine dernière, nous avons même obtenu le trophée de la transformation numérique 2019. C'est un très beau résultat, dont je suis fier !

M. Gilles Lurton. Félicitations !

M. Jean-Pierre Door. Mais où en sont les infirmières qui reçoivent les patients dans leur bureau ? Il convient d'étendre leurs compétences. C'est pourquoi je proposais qu'on les autorise à effectuer des actes de télésoin et qu'elles soient rémunérées à l'acte. On m'a renvoyé aux négociations conventionnelles, ce qui est regrettable. Il eût fallu inscrire cela dans la loi.

Permettez-moi de rappeler qu'en juin 2016, afin de remédier au déclin de l'offre de médecine libérale, à l'inégalité d'accès aux soins et à l'hospitalocentrisme coûteux, j'avais, avec plusieurs collègues, déposé une proposition de loi pour l'avenir de notre système de soins, fruit d'un important travail de concertation avec l'ensemble des acteurs de notre système de santé. Cette proposition de loi donnait la priorité à la médecine libérale. En effet, je ne peux oublier avoir

baigné dans un système de médecine libérale pendant un parcours professionnel de plusieurs dizaines d'années et de l'avoir vu s'asphyxier petit à petit.

En août 2018, j'ai cosigné la proposition de loi de notre collègue Jean-Carles Grelier visant l'orientation pour l'avenir de la santé. Cette proposition de loi s'efforçait, d'une part, de placer le patient au centre du système de santé et d'ériger la prévention et l'éducation à la santé comme priorité absolue, d'autre part, de présenter des solutions afin de lutter contre les inégalités dans l'accès aux soins et contre la dégradation de la qualité de ceux-ci, cela à travers des actions en matière de formation, de financement, de simplification administrative et d'évolution des pratiques médicales.

Ces deux propositions de loi déposées, l'une durant la précédente législature, l'autre au cours de l'actuelle, ont été balayées d'un revers de la main par les deux majorités successives. Vous ne pouvez donc pas arguer de l'absence de projet du groupe Les Républicains.

En conclusion, l'examen au pas de charge du projet de loi en commission n'a pas permis de remettre en cause le recours à la procédure des ordonnances, ni d'obtenir un allègement de la tutelle administrative de la santé, ni de mieux associer les élus locaux à la territorialisation de la santé, ce que nous demandions.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. C'est faux !

M. Jean-Pierre Door. Force est de constater que ceux qui s'attendaient à des mesures ambitieuses et urgentes seront déçus par le présent projet de loi. Pour toutes ces raisons, je vous demande de bien vouloir adopter cette motion de rejet préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. Sur la motion de rejet préalable, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour répondre de manière générale à M. Door, j'indiquerai que nous avons choisi, avec Frédérique Vidal, de ne pas proposer un texte cathédrale, qui embrasserait la totalité du champ de la santé. Nous avons, et nous l'assumons, opté pour un texte resserré, qui ait un effet levier et permette une transformation du système de santé dans les territoires. Contrairement à ce que vous affirmez, monsieur le député, ce n'est pas un texte de suradministration de la santé ; comme il est resserré, qu'il cherche à provoquer un effet levier et qu'il fait confiance aux territoires, il réduit l'administration de la santé et fait confiance aux professionnels en matière d'organisation territoriale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. Dans les explications de vote sur la motion de rejet préalable, la parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Le projet de loi prévoit que beaucoup de choses vont être faites par ordonnances. Vous me direz que dans le secteur de la santé, on aime les ordonnances (*Sourires*), mais en l'espèce, cela pose quelques problèmes. Le groupe La France insoumise votera donc pour la motion de rejet.

Je profite de cette explication de vote pour appeler votre attention sur le fait qu'alors que notre groupe a déposé seulement soixante-quatre amendements, nous venons d'être avisés, alors même que l'examen du texte a déjà commencé, que certains d'entre eux ont été refusés au titre

de l'article 45 de la Constitution. Soixante-quatre amendements, ce n'est pourtant pas abusif ! Comment voulez-vous que l'on travaille correctement dans de telles conditions ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

M. Dino Cinieri et M. Gilles Lurton. Oui, c'est scandaleux !

Mme Caroline Fiat. Pourrait-on avoir des explications sur cette décision ? Je rappelle que l'article 45 prévoit que tout amendement doit présenter un lien avec le texte déposé. Or l'un des amendements refusés concerne la maladie de Lyme : peut-on m'expliquer en quoi cela n'a pas de rapport avec le projet de loi ?

M. Jacques Marilossian. La maladie de Lyme n'a rien à voir avec l'organisation du système de santé !

Mme Caroline Fiat. J'aimerais avoir une réponse, afin que nous puissions travailler dans de bonnes conditions, sans voir nos amendements balayés d'un revers de la main par le service de la séance alors même que l'examen du texte a déjà commencé.

M. Gilles Lurton. Absolument !

M. Pierre Dharréville. Très juste !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Bruneel.

M. Alain Bruneel. Le Président de la République a déclaré que notre système de santé était à bout de souffle ; nous, nous disons que le personnel est à bout de souffle. Il y a un manque de personnel, un manque de moyens matériels, et pourtant on privilégie encore et toujours les économies : 1,6 milliard d'euros en 2017, 900 millions en 2018. Or la santé n'est pas une marchandise ; c'est avant tout des êtres humains, qui doivent vivre dans la dignité et être respectés.

Nous n'avons pas dû rencontrer les mêmes personnes que le Gouvernement et la majorité ! Nous autres parlementaires communistes, dans le cadre de notre tour de France des hôpitaux et des EHPAD, nous avons rencontré des milliers et des milliers de professionnels de la santé : chefs d'établissement, médecins, infirmières, aides-soignantes, ainsi que personnels administratifs et élus, qui se mobilisent eux aussi pour faire en sorte que le système de santé change. Tout le monde reconnaît que c'est ce personnel courageux qui fait tenir les hôpitaux debout.

M. Dino Cinieri. Absolument ! Il a raison !

M. Alain Bruneel. Ces gens font parfois abstraction de leur vie privée pour combler le manque de personnel et remplacer les collègues malades _ car il y a de plus en plus d'absentéisme et, très souvent, les heures supplémentaires effectuées ne sont pas payées.

Ces personnels lancent un cri d'alarme, madame la ministre, et c'est aussi un cri de colère. Ils doivent couvrir l'urgence des urgences. Ils disent qu'ils ont appris le protocole de la bientraitance, mais qu'ils sont pour leur part dans la maltraitance. Ils disent que ce n'est pas leur cœur de métier, que ce n'est pas ce qu'ils ont appris.

Nous avons relevé en 2018 plus de 1 800 initiatives, qui concernent toutes les professions de santé ; les élus aussi se sont mobilisés. Pourtant, vous restez sourds. Votre plan « ma santé 2022 » ne répond pas à l'urgence. Allons-nous regarder encore longtemps les brancards passer avec les patients dessus, sans que l'on puisse intervenir, faute de personnel et de lits ?

Le groupe de la Gauche démocrate et républicaine votera bien évidemment la motion de rejet préalable. Il est urgent de tenir compte de la réalité et d'y apporter des remèdes. *(Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI. _ M. Dino Cinieri applaudit aussi.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Le groupe Libertés et territoires s'est interrogé sur l'opportunité de voter pour cette motion. La tentation était grande : le recours abusif aux ordonnances l'aurait pleinement justifié.

Toutefois, la situation actuelle et les difficultés d'accès à la santé que rencontrent nombre de nos concitoyens exigent la transformation en profondeur de notre système de santé _ sur ce point, nous sommes d'accord avec le Gouvernement. Notre groupe sera par conséquent une force de proposition en vue d'améliorer le texte et de l'enrichir, avec pour objectif de remettre le patient au cœur du système de santé et d'accroître l'attractivité des métiers et des structures de santé. Nous souhaitons que le débat ait lieu, même si certaines dispositions ne nous conviennent pas et que le texte est trop flou. C'est parce qu'il veut s'inscrire dans une logique constructive que le groupe LT votera contre la motion de rejet.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. On nous accuse d'aller trop vite... Il est plaisant que cette motion ait été défendue par un confrère cardiologue, car nous avons pour notre part l'impression que nous sommes en train de faire en urgence un pontage coronarien sur un patient qui, pendant des années, n'a reçu aucun soin ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM. _ Exclamations sur les bancs du groupe GDR.)*

Il nous semble urgent de traiter un patient qui ne l'a jamais été correctement. C'est pourquoi nous avons décidé d'avancer, et d'avancer rapidement. À travers cette motion de rejet, on nie la nécessité d'avancer rapidement dans la réforme des premières années de la scolarité. Or nous avons toutes et tous connu des personnes qui n'ont pas pu accéder à la deuxième année. C'est tragique ; il faut élargir le champ de recrutement des nouveaux médecins. Nous avons toutes et tous connu des personnes qui voulaient être cardiologues mais qui, du fait de l'internat, sont devenues praticiens en chirurgie viscérale. Voilà qui me semble préoccupant ; il faut réformer cela.

À travers cette motion, on nie la nécessité de constituer rapidement des communautés professionnelles territoriales de santé. Pourtant, tous les professionnels de santé sont demandeurs, pour une simple et bonne raison, c'est que ce n'est pas au patient de coordonner les soins, mais au soignant. Il est inadmissible qu'aujourd'hui, le patient soit le seul coordinateur. Il faut avancer rapidement sur ce point.

À travers cette motion, on nie cette incongruité qu'est l'insuffisance de la communication numérique. Il faut impérativement que l'on puisse aller consulter aux urgences avec un dossier médical partagé dans un espace de santé numérique.

Le projet de loi a avancé dans la concertation, et il a avancé rapidement. Aujourd'hui, nous nous trouvons dans la phase de concertation parlementaire. Chers confrères, chères consœurs, chers collègues, nous partageons le diagnostic ; évitons le refus de soin ! Notre système de santé a besoin de traitement. C'est pourquoi le groupe La République en marche votera contre la motion de rejet. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. J'interviens au nom du groupe Les Républicains.

Nous ne nions pas l'urgence qu'il y a à travailler pour réformer notre système de santé, cher collègue, nous constatons simplement que sur un total de vingt-trois articles, préparés dans la précipitation et sur lesquels le Gouvernement a engagé la procédure accélérée, alors qu'il s'agit d'une question à laquelle les Français sont particulièrement attachés, sept habilite le Gouvernement à procéder par ordonnances et les autres renvoient à des décrets, ce qui nous empêche de jouer correctement notre rôle de parlementaires, alors que nos expériences dans les territoires, notre connaissance du terrain, notre fréquentation des établissements et tout ce que nous savons par l'intermédiaire de la médecine libérale auraient pu apporter beaucoup à ce projet.

M. Dino Cinieri. Absolument !

M. Gilles Lurton. Malheureusement, ce ne sera pas possible.

J'ajoute, puisque Mme la présidente de la commission des affaires sociales nous a rejoints, que le travail intensif que nous faisons en commission des affaires sociales nous permet d'avoir des connaissances sur beaucoup de sujets.

Si vous n'aviez pas opté pour la procédure des ordonnances, nous aurions pu participer à l'élaboration de ce texte. Nous pensons qu'en l'état, celui-ci ne répond pas à l'impérieuse nécessité de réforme de notre système de santé. Or, madame la ministre des solidarités et de la santé, nos concitoyens attendent que nous répondions enfin au manque de médecins dans les territoires. *(M. Joël Aviragnet applaudit.)* Nous devons aussi trouver des solutions à la situation des hôpitaux publics, qui est explosive _ ce n'est pas Mme Biémouret qui me contredira, elle qui a rendu il y a quelques années un rapport montrant que la dette des hôpitaux restait très élevée.

Tous ces sujets, nous aurions voulu les aborder avec vous. Vous nous aviez dit, madame la ministre, que vous procéderiez à une concertation et que les parlementaires seraient associés à la réforme. Avec les ordonnances, je vois mal comment ce sera possible. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LR. _ M. Joël Aviragnet applaudit également.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Le groupe du Mouvement démocrate et apparentés s'oppose à cette motion de rejet préalable. En effet, la semaine passée, près de 1 300 amendements ont été examinés en commission des affaires sociales. Mme la ministre, qui a assisté à l'ensemble des débats, s'est évertuée à répondre aux interrogations de l'ensemble des parlementaires.

Ce projet de loi vise à refondre notre système de santé en profondeur pour lutter contre la désertification médicale, favoriser le décloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital ou développer le volet numérique de la santé. Le moment est opportun pour opérer ces changements attendus par l'ensemble des Français sur les territoires.

Les débats ont été denses et respectueux en commission : tâchons qu'ils le soient encore en séance publique. De nombreux amendements ont été déposés pour cet examen dans l'hémicycle. Débattons-en, exposons nos désaccords, défendons nos amendements, examinons chacune des propositions. Le groupe MODEM continuera de défendre les siennes pour élaborer la loi la plus conforme possible aux

attentes de nos concitoyens ; aussi votera-t-il contre cette motion de rejet préalable. (*Applaudissements sur les bancs des groupes MODEM et LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Ce texte, simple pièce rapportée aux deux premières lois de financement de la sécurité sociale, avec le plan « ma santé 2022 », n'est doté d'aucun moyen supplémentaire. L'annonce faite la semaine passée d'une rallonge budgétaire de 300 millions d'euros est peut-être une aubaine, mais elle demeure en dessous des attentes du terrain.

Nous ne pouvons nous satisfaire de la trop grande part faite au recours aux ordonnances. Après le code du travail, la SNCF et l'école, votre gouvernement choisit d'y recourir pour aller plus vite, mais sans garantir de résultats tangibles. Ces ordonnances rendent caduques nos débats, sans affaiblir notre vigilance quant à leur contenu. De fait, les débats en commission n'ont pas été de nature à nous rassurer.

S'agissant de la démographie médicale, au lieu d'apporter des solutions rapides, la suppression du numerus clausus ne résoudra que partiellement le problème des déserts médicaux, et ce à un horizon de dix ans. La mesure, accessoire, visant à autoriser les pharmaciens à délivrer certains médicaments ne résoudra pas le problème de l'accès de nos concitoyens à une prise en charge de qualité et de proximité, question régulièrement évoquée dans les cahiers de doléances. Alors que l'opinion publique appelle de ses vœux un système plus coercitif, vous écartez systématiquement une telle solution.

Dans un contexte de crise de l'hôpital, dont je puis témoigner – ainsi, ce matin même, je manifestais à Condom aux côtés des agents et de la population –, nous regrettons l'absence d'un horizon porteur de sens. Élus locaux, agents de la fonction publique hospitalière, usagers : personne n'est dupe des apparences trompeuses du projet de « création » d'hôpitaux locaux, lequel annonce en réalité le démantèlement d'un réseau qui fait ses preuves tous les jours.

Enfin, les débats en commission n'ont pas permis d'élargir le texte à des sujets tout aussi importants, tels que la prévention, le handicap, les territoires d'outre-mer et la situation des EHPAD.

Mme la présidente. Merci, ma chère collègue.

Mme Gisèle Biémouret. Le groupe Socialistes et apparentés votera donc cette motion de rejet préalable. (*Mme Ericka Bareigts et M. Alain Bruneel applaudissent.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Je comprends l'objectif poursuivi par nos collègues du groupe Les Républicains avec cette motion de rejet préalable. Celle-ci se veut une réponse au choix de la procédure accélérée sur un projet de loi dont on a souligné l'importance pour notre système de santé, et dont on peut aussi regretter qu'il prévoit un recours massif aux ordonnances.

Pour autant, nous ne voterons pas la présente motion, et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, si le texte peut donner des motifs d'inquiétude sur quelques points améliorables, il comporte aussi plusieurs avancées, à commencer, bien sûr, par la suppression du numerus clausus, même si celle-ci ne suffira évidemment pas à résoudre le problème des zones sous-dotées en médecins. Entre autres avancées, on peut aussi mentionner la réforme des études de médecine ou la poursuite de la numérisation.

Un travail important a été accompli en commission des affaires sociales, avec beaucoup d'amendements examinés. À ce stade, pour notre groupe, le texte doit encore être amélioré. Nous vous invitons donc, madame la ministre, à être ouverte aux amendements qui seront présentés. Certains d'entre eux, rejetés en commission, seront à nouveau défendus en séance. Déposés par différents groupes de notre assemblée, ils visent à rendre le texte le plus acceptable possible.

Comme je l'ai indiqué, le groupe UDI, Agir et Indépendants ne votera donc pas la motion de rejet préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UDI-Agir.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix la motion de rejet préalable.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	80
Nombre de suffrages exprimés	80
Majorité absolue	41
Pour l'adoption	17
contre	63

(*La motion de rejet préalable n'est pas adoptée.*)

MOTION DE RENVOI EN COMMISSION

Mme la présidente. J'ai reçu de M. Christian Jacob et des membres du groupe Les Républicains une motion de renvoi en commission déposée en application de l'article 91, alinéa 6, du règlement.

La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Le 18 septembre dernier, j'étais au rendez-vous que le Président de la République avait fixé aux acteurs du monde de la santé. Comme d'autres, j'ai souscrit à l'ambition présidentielle ; comme d'autres, j'ai applaudi à la volonté exprimée de transformer en profondeur notre système de santé ; comme d'autres, j'ai cru que les choses allaient enfin évoluer dans le bon sens, que les cris d'alarme qui remontent de tous les territoires, des patients, des établissements, des professionnels eux-mêmes, allaient enfin être, non seulement entendus, mais aussi, cette fois, écoutés. J'ai voulu voir dans la démarche présidentielle, dans les propos prononcés avec conviction par le chef de l'État, une vision nouvelle de la santé, ou peut-être seulement une vision, laquelle fait défaut depuis vingt-cinq ans.

M. Jacques Marilossian. Ah !

M. Jean-Carles Grelier. J'avais cru entendre que les vieux prismes au travers desquels on regarde la santé depuis trop longtemps étaient enfin jetés, périmés, dépassés.

M. Jacques Marilossian. Ils le sont, nous sommes d'accord !

M. Jean-Carles Grelier. Je ne suis pas, vous le savez, l'un des honorables membres de la confrérie des professionnels de santé qui se partagent les commandes depuis vingt-cinq ans. Je suis venu à ces questions par mon expérience d' élu local, trempé dans la réalité d'un territoire rural. Je n'ai pas sur la santé l'œil du technicien mais celui, non moins affûté, vous me permettrez de le dire, du patient et du citoyen.

Mme Bérengère Poletti. Très bien !

M. Jean-Carles Grelier. Et ce que je vois depuis quelques années, ce que je découvre mois après mois, c'est un système qui tente désespérément de se survivre à lui-même. J'ai cessé de dire que notre système de santé allait dans le mur, car il y est déjà, et l'on se refuse à l'admettre.

L'hôpital public est en grande souffrance ; le plus souvent, il ne tient plus qu'en raison du formidable engagement professionnel et humain des personnels, de tous les personnels sans exception. Mais nos hôpitaux ne produisent plus la médecine de qualité que nos concitoyens sont en droit d'attendre.

L'espérance de vie en France n'a pas seulement cessé de croître : elle a amorcé le mouvement inverse. Et quand la vie vient à se prolonger, c'est rarement en bonne santé. La génération qui nous précède se bat avec la multiplication des maladies chroniques : c'est là le résultat d'années durant lesquelles la prévention et l'éducation à la santé ont été laissées en jachère. Il est probable que notre génération et celle de nos enfants seront condamnées à subir le même sort funeste.

Nos hôpitaux n'investissent qu'avec peine, tant pèse sur eux le poids d'une dette qui dépasse désormais les 30 milliards d'euros, et qu'ils traînent comme un boulet depuis des lustres. Le monde du médicament est asphyxié sous l'effet de réductions budgétaires toutes plus drastiques et autoritaires les unes que les autres. L'accès à l'innovation thérapeutique est devenu un tel casse-tête administratif que bon nombre de protocoles sont désormais réalisés hors de France.

Imagine-t-on ailleurs qu'en France qu'il faille à l'administration plus de 500 jours entre l'obtention d'une ATU – autorisation temporaire d'utilisation – et la fixation du prix de la molécule innovante par le comité économique des produits de santé, alors qu'une directive européenne fixe ce même délai à 180 jours au maximum, et que l'Allemagne affiche fièrement un délai de 90 jours ?

À l'évidence, on pourrait en rire, ou à tout le moins en sourire, s'il n'y allait de la vie et du traitement de nombreux malades, dont beaucoup n'attendront pas 500 jours. Je saisirai prochainement la Cour européenne des droits de l'homme, afin qu'elle statue sur cette évidente perte de chances imposée aux patients français du fait de l'incurie de notre système administratif.

M. Dino Cinieri et Mme Bérengère Poletti. Très bien !

M. Jean-Carles Grelier. Comment ne pas évoquer ici le drame que représente, pour de nombreux Français, la fermeture des officines de pharmacie en milieu rural ? Pas moins de 180 fermetures sont intervenues en 2017, à l'heure où l'on feint de découvrir que les pharmaciens d'officine sont souvent les derniers représentants locaux de la santé avec les infirmiers libéraux, à l'heure où l'on semble découvrir que le pharmacien n'est pas seulement un marchand de pilules.

Et que dire, mes chers collègues, que dire de l'accès des Français à la santé ? Désormais, trouver un médecin généraliste de secteur 1, un médecin traitant, le médecin du quotidien, est devenu impossible dans certaines régions de France, chaque année plus grandes et désormais aussi urbaines que rurales. L'accès à certaines disciplines de la médecine de spécialité ne se fait qu'après de nombreux, de trop nombreux mois d'attente d'un rendez-vous. La situation n'est pas meilleure pour l'accès à l'imagerie médicale, qu'il s'agisse des scanners ou des IRM. Et je dois avouer, madame la ministre, que ce n'est pas le moindre de vos mérites que d'avoir été la première à vous saisir de cette question et à y

porter un regard national, quand la ministre qui vous a précédée s'était contentée de l'abandonner aux élus et aux territoires.

Enfin, je ne puis taire les menaces qui pèsent sur l'hospitalisation privée, que l'administration a toujours considérée comme la variable d'ajustement de ses politiques budgétaires. Vingt-et-un établissements de santé privés sont actuellement sous le coup d'une procédure de règlement ou de liquidation judiciaires. Jamais une telle situation ne s'était produite en France, où elle n'était tout simplement pas imaginable.

Comment a-t-on pu en arriver là ? Comment a-t-on pu si longtemps cacher cette sombre réalité aux Français, qui, sur ce sujet comme sur beaucoup d'autres, ne sont plus dupes des discours officiels ? D'ailleurs, la santé n'était même pas au nombre des thématiques du grand débat national : ce sont les Français qui l'ont imposée à la première place dans les milliers de réunions organisées partout en France.

Quels sont donc les maux qui rongent notre système de santé, dont il se disait, il n'y a pas si longtemps, qu'il était le meilleur au monde ?

Mme Bérengère Poletti. Eh oui !

M. Jean-Carles Grelier. Je ne prétends pas avoir découvert une quelconque pierre philosophale, mais je me dois, en responsabilité, de partager avec vous les quelques convictions que je me suis forgées depuis que j'observe attentivement cette énorme machine qu'est devenue notre système de santé, d'abord de l'extérieur, puis, depuis dix-huit mois, de l'intérieur ou presque.

Le premier constat est froid, simple et glaçant : de 1995 à 2018, le ministère de la santé aura connu quarante-deux titulaires. Quarante-deux titulaires en vingt-cinq ans ! Ce mandat, qui a pu paraître très court à certains et très long à d'autres, est, dans la plupart des cas, totalement insuffisant pour imprimer une marque, et surtout une autorité sur une administration qui fonctionne pour l'essentiel en vase clos.

La santé demande du temps : du temps pour l'appréhender avec justesse dans sa globalité ; du temps pour apprendre à dompter une administration devenue tentaculaire. La santé compte depuis 2009, non pas un ministère mais quatorze, puisque chaque ARS est devenue un petit Ségur de province. Il faut aussi du temps pour comprendre les enjeux, tous les enjeux : ceux de la gouvernance du système de santé, ceux des contraintes budgétaires et financières, ceux des progrès technologiques, ceux du vieillissement de la population et d'une demande en forte et durable croissance. Aucun de ces aspects ne peut être analysé ou traité séparément.

Or, du temps, il n'en a guère été donné à vos prédécesseurs, madame la ministre, et ceux qui en ont eu n'en ont pas toujours fait le meilleur usage. Je suis au nombre de ceux qui se sont inquiétés, au nom de ce temps nécessaire à la réforme, lorsqu'il s'est dit que vous pourriez partir, que vous pourriez n'avoir fait que survoler les choses en seulement dix-huit mois. Je me félicite qu'il n'en soit rien, si ce surplus de temps est aussi utile que nécessaire.

Parce que l'administration, comme la nature et plus qu'elle encore, a horreur du vide – et de l'incertitude –, celle du ministère de la santé a tracé sa voie, avec ou sans ministre. Elle s'est ainsi bâti un corps de doctrine presque exclusivement fondé sur l'hôpital public et qui, si longtemps après, reste irrémédiablement attaché aux ordonnances Debré de 1958. Ainsi notre système de santé devrait-il être d'abord hospitalier, mais aussi hiérarchisé derrière les figures de proue que sont les centres hospitaliers universitaires, étalons insurmontables de l'excellence.

C'est la fameuse gradation des soins dont vous ne m'empêchez pas de dire et de penser qu'elle correspond aussi à une hiérarchisation des soins et, plus encore, des territoires : aux territoires reculés de la République, les services de base ; aux territoires urbains et agglomérés, l'excellence des grands centres.

Et que dire de la lecture budgétaire imposée à notre système de santé ? Comment expliquer, si longtemps après la création de la sécurité sociale, après que l'impôt est devenu une source importante de son financement, que les assureurs privés ont fait leur entrée, souvent en creux mais bien réelle, dans le financement de la santé, que l'on regarde toujours la santé comme une politique publique forcément à part, forcément différente ?

Qui s'intéresse à la part de l'éducation nationale dans le déficit du budget de l'État ? Qui l'évalue ? Qui a les yeux rivés sur les comptes ? Absolument personne ; si bien que personne _ et il faut s'en réjouir _ ne voit non plus malice à ce que, en 2019, on réinjecte 850 millions d'euros supplémentaires dans l'éducation nationale, quand, dans le domaine de la santé, depuis vingt-cinq ans, tous les gouvernements ont les yeux rivés sur les comptes de la sécurité sociale, scandant ce même credo : c'est trop ! Trop de dépenses, trop d'hôpitaux, trop de médecins, trop de maternités, trop de services d'urgence ou de chirurgie, trop d'actes, de consultations, trop de médicaments _ peut-être même trop de patients. Je pourrais poursuivre des heures cette triste litanie comme si je tournais toutes les pages de l'histoire de notre système de santé.

Certes, pour 2019, nous avons voté une loi de financement de la sécurité sociale à l'équilibre, mais à quel prix ? Le malade est mort en bonne santé, et nous devrions crier de joie, surtout ne rien changer, et poursuivre encore sur cette voie mortifère ?

À quand une vraie inspiration politique pour notre système de santé ? Je dis bien « politique », de cette noble matière qui veut qu'en démocratie ce soient les politiques qui dirigent et l'administration qui exécute, et non l'inverse.

À quand un regard nouveau sur les finances de la santé, un regard qui n'exclue évidemment ni les restructurations permettant d'adapter notre système à son temps, ni la lutte contre les excès, les redondances et les gaspillages, mais qui soit le même que celui que l'on porte sur les autres politiques publiques ?

Voilà ce que j'appelle de mes vœux ; voilà ce qui pourrait constituer une vraie vision pour notre système de santé ; voilà ce qui, en repartant de la tête, permettrait d'envisager sérieusement une transformation de ce dernier. Et voilà ce que je n'ai pas retrouvé dans le texte qui nous est aujourd'hui soumis.

Un texte qui sonne certes comme une avancée : si l'on peut ne pas partager certains de ses choix et de ses partis pris, il a le mérite de poser quelques questions justes et de tenter d'y répondre ; et c'est un autre de vos propres mérites, madame la ministre.

D'où vient donc que ce projet me semble trop petit, trop court, trop étrié pour permettre d'ambitionner une transformation de notre système de santé ? À défaut de s'attaquer aux racines du problème, il ne lui apportera qu'une solution partielle. Ce serait déjà ça ; ce serait mieux que rien. Mais chacun, à condition de faire preuve d'un minimum d'honnêteté intellectuelle, reconnaîtra que cela ne suffira pas.

Je vais prendre le temps de vous livrer ma propre lecture de votre projet, mais je souhaite vous dire dès à présent mon regret qu'il n'aille pas assez en profondeur, qu'il n'attaque pas à la racine le mal qui ronge depuis longtemps notre système de santé. Vos nombreux prédécesseurs, au cours des vingt-cinq dernières années, n'ont pas eu le courage de s'y atteler. J'aurais souhaité que vous nous parliez gouvernance, organisation et financement, et j'aurais voulu que l'on vous donne les moyens d'aborder ces questions ; ce ne sera à l'évidence pas le cas.

Je ne saurais entrer dans l'analyse de votre texte sans m'arrêter quelques instants sur sa forme.

Pourquoi avoir fait le choix curieux et _ pour le moins _ mal fondé de dessaisir le Parlement du sujet majeur que représente la santé, au cœur même du grand débat national ?

Pourquoi tenter de justifier l'injustifiable en nous expliquant, comme l'a fait tout à l'heure notre collègue Borowczyk, que le recours aux ordonnances a pour objet de donner du temps au débat et à la concertation, alors même que la pratique constante de l'article 38 de la Constitution a toujours servi à répondre à une urgence ? Comment a-t-on pu imaginer et se convaincre, au fin fond des officines gouvernementales, que la santé était un sujet trop sérieux pour être confié aux parlementaires ?

Vous avez fait montre sur ce point d'ouverture, madame la ministre _ d'autres que moi parleront de reculade _, en déposant quelques amendements gouvernementaux afin de rendre force à la loi ; qu'il vous en soit donné acte. Vous avez également proposé lors des débats en commission que les parlementaires soient associés à la procédure d'élaboration et de rédaction des ordonnances. La volonté est évidemment louable ; mais, quitte à travailler avec les parlementaires, pourquoi n'avoir pas tout simplement laissé le processus législatif suivre son cours ? Ce recours aux ordonnances restera à l'évidence une tache _ même si chacun sait qu'en politique il n'en est pas d'indélébiles.

M. Dino Cinieri. Bien dit !

M. Jean-Carles Grelier. Prenons maintenant le temps de parler du fond.

Vous avez décidé de supprimer le *numerus clausus*. Vous avez raison : la logique qui a prévalu si longtemps et qui consistait à réduire le nombre des praticiens pour réduire les dépenses d'assurance maladie aura grandement contribué à créer et à entretenir la situation désastreuse dans laquelle nous nous trouvons.

Gardez-vous pourtant _ et gardons-nous _ d'annonces hâtives et d'espoirs trop grands. L'existence de 10 ou 15 % de médecins supplémentaires ne résoudra pas tout. D'abord _ c'est une évidence _ parce qu'il faudra au moins dix ans pour les former ; ensuite parce que le cursus des études, tel qu'il est organisé, ne permet pas d'orienter les étudiants vers les spécialités en tension, au premier rang desquelles la médecine générale.

Qu'aura-t-on gagné si, en accueillant plus d'étudiants dans nos facultés, nous ne pouvons toujours pas répondre à l'attente légitime et compréhensible de nos compatriotes en quête d'un médecin traitant, en ville comme à la campagne ?

Comment ne pas regretter que votre texte n'aborde pas la redéfinition des missions et fonctions du médecin généraliste ? Comment ne pas regretter que vous n'ayez pas saisi l'occasion de revaloriser, y compris dans ses tarifs, cette belle médecine de proximité ?

Toujours en matière de formation, vous vous attaquez au totem des études médicales qu'étaient devenues les épreuves classantes nationales. Sur ce point également, je ne peux que vous donner raison.

Classer les étudiants en fin de parcours de formation pour récompenser les mérites était à l'origine une bonne idée. Mais le système a rapidement dérivé et, aujourd'hui, ce ne sont plus seulement les étudiants que l'on classe, ce sont les spécialités médicales que l'on hiérarchise. Or certaines disciplines, dont la médecine générale, n'en sortent pas gagnantes.

Enfin, la préparation des ECN occupait la majeure partie du temps des étudiants en fin de second cycle – outre qu'elle leur causait un stress supplémentaire, désormais mis en évidence par le nombre sans cesse croissant d'entre eux qui développe des troubles psychosociaux.

Bref, il fallait le faire, vous l'avez fait, et ils seront nombreux à vous en savoir gré.

Je serai beaucoup plus circonspect au sujet des communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS. D'abord, pour une raison quelque peu anecdotique – et encore : je le répète, les Français s'approprient d'autant mieux cette nouvelle organisation territoriale de la santé qu'elle portera un nom exempt de toute connotation technocratique. Vous le savez, j'ai un faible, dont j'ai cru comprendre que vous le partagez, pour le nom de villages de la santé.

Plus fondamentalement, vous nous avez assuré en commission que l'initiative de s'associer serait laissée aux professionnels libéraux, et Thomas Mesnier – dont je veux saluer le travail et l'écoute attentive – a accepté d'assouplir le régime de leur autorisation par les agences régionales de santé. Je n'en reste pas moins dubitatif.

Dans quelle mesure ces communautés seront-elles ouvertes ? Tous les professionnels de santé pourront-ils ou devront-ils les intégrer ? Quel effet cela aura-t-il sur les tarifs et sur les aides financières de ne pas les avoir rejointes ? Surtout, à terme, quelle emprise les groupements hospitaliers de territoire finiront-ils par exercer sur ces professionnels rassemblés en communautés et dont les projets médicaux devront être en conformité avec ceux des GHT ? Quelle garantie irréfutable pouvez-vous nous donner que votre texte ne contient pas en germe la création d'un grand service public de la santé placé sous l'autorité de l'hôpital public – réalisation du vieux rêve des ordonnances de 1958 ?

Circonspect, je le suis également au sujet des hôpitaux de proximité. D'abord, je le répète, je n'aime pas l'expression de gradation des soins, qui me semble impliquer aussi un classement des territoires. Ensuite, parce que l'on ne peut imaginer que tous les hôpitaux qui maillent notre territoire ne soient cantonnés qu'à une seule médecine, gériatrique le plus souvent : comment attirer dans les territoires – et pas seulement dans les plus reculés – de nouveaux habitants, mais aussi de nouveaux praticiens, sans hôpital de plein exercice ?

Bien sûr, j'approuve votre impératif de sécurité. Mais si la sécurité suppose effectivement de pouvoir disposer de plateaux techniques équipés et de professionnels expérimentés, elle signifie parfois aussi que l'on n'a pas à accoucher dans un service d'urgence dépourvu d'obstétricien ou dans le camion des sapeurs-pompiers sur la route de la maternité.

Donnons davantage de souplesse au dispositif comme aux missions des hôpitaux de proximité. La loi ne peut pas tout. Laissez donc aux professionnels concernés – ceux de la ville

comme ceux de l'hôpital de proximité – et aux élus des territoires le soin de dialoguer avec l'ARS et de contractualiser en fonction des besoins et des moyens...

M. Dino Cinieri. Oui !

M. Jean-Carles Grelier...en fonction des particularismes aussi, car aucune ville, aucun village, aucun territoire en France ne ressemble à aucun autre.

J'aimerais également que vous reparliez de tous les acteurs de la santé autres que les médecins, auxquels votre texte ne fait pas assez de place à mes yeux. La réforme des études médicales va immanquablement prendre du temps, et le succès des villages de la santé – vraiment, « CPTS », je ne m'y fais pas ! – repose sur l'interprofessionnalité et sur la place et l'autonomie données à chacun. Or nous avons, au milieu des malheurs de notre système de santé, une chance inouïe : la qualité des formations dispensées aux professionnels de santé.

Puisque leur niveau de compétence est élevé, optimisons-le autant qu'il est possible. Repensons, revisitons les décrets d'actes de nombreuses professions de santé, non pour tailler des croupières aux médecins – cela n'aurait aucun sens –, mais pour pouvoir répondre au plus vite et au plus près à la demande des patients. Regardons ce que les pharmaciens – ils le font déjà un peu –, mais aussi les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les orthoptistes et opticiens peuvent faire de plus et de mieux dans les territoires. Car finalement, ce que j'attends le samedi, à deux heures du matin, dans mon petit coin de Sarthe, c'est d'être pris en charge par un professionnel de santé qui sache soit me soigner soit m'orienter, et il n'est pas nécessaire, en première intention, qu'il s'agisse d'un médecin.

Enfin, madame la ministre – ce n'est pas un plaidoyer pro domo –, remplacez les élus des territoires au cœur de l'organisation territoriale de la santé. Depuis plus de dix ans, l'État s'est défaussé sur eux des problèmes posés par la démographie médicale ; rendez-leur cette justice. Depuis des années, il a été de bon ton de les laisser à la lisière des actions de l'État ; on est en train de découvrir ou redécouvrir à quel point ils sont les élus de la proximité, le premier échelon de la République. Ces dernières années, on a voulu faire d'eux les idiots utiles de la République, alors qu'ils en sont les piliers les plus solides. Même dans les temps récents, ils n'ont pas failli.

Ils doivent donc être présents dans la définition et la gouvernance de toutes les instances en santé, car ce sont eux qui sont en première ligne lorsqu'un manque se fait jour. Ils ne doivent pas faire de la figuration comme dans les comités des élus des GHT ou les conseils de surveillance des hôpitaux : ils doivent disposer, au sein des CPTS comme dans la gouvernance des hôpitaux de proximité, d'un peu plus de pouvoir que d'influence.

Veillons aussi à la présence des patients – et non pas seulement des usagers – dans toutes les instances décisionnaires. La France ne peut plus être un pays divisé entre sachants et exécutants. J'aurais même souhaité, je vous l'avoue, que votre texte repense et reconfigure l'ensemble de l'organisation de notre système de santé à partir de la demande des patients plutôt qu'en fonction de l'offre de soins.

Mieux encore : la préoccupation qui aurait dû vous guider est celle de l'individu à son domicile. Car nous sommes tous des sujets de santé, même lorsque nous sommes bien portants, et c'est là que s'amorce une véritable politique de

prévention et d'éducation à la santé, seul moyen, à terme, de réduire les dépenses d'assurance maladie tout en remplaçant l'espérance de vie sur le chemin de la croissance.

Vous l'aurez compris, madame la ministre, je crois en toute sincérité que le compte n'y est pas, malgré vos incontestables efforts et même si je veux saluer depuis cette tribune l'ouverture dont vous avez personnellement fait montre ainsi que les rapporteurs. Ce n'est pas que ce que vous allez pouvoir mettre en œuvre ne soit pas utile ou même – pour certaines mesures – nécessaire. Mais il y manque un souffle, une inspiration qui permette d'aborder les difficultés de notre système de santé de manière globale et de poser toutes les questions, même les plus délicates, même celles qui fâchent. Il y manque une approche globale, politique et résolument en rupture avec l'hyperadministration de notre système de santé qui n'en finit plus d'étouffer celui-ci, réforme après réforme. Un emplâtre, fût-il de bonne facture, n'y suffira plus.

La vérité nous presse de tout repenser, de tout remettre à plat, de tout refonder. La France et les Français pourront-ils encore attendre ? Il y avait un espace à franchir, mais vous n'aurez fait qu'un pas. Les temps qui viennent nous diront si, au moins, c'était dans la bonne direction.

Le groupe Les Républicains appelle de ses vœux un renvoi en commission afin que, sur ce sujet majeur, le temps du débat nous soit redonné. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. Sur la motion de renvoi en commission, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il me semble difficile de ne pas répondre à tant d'interpellations, monsieur Grelier. Je voudrais revenir sur plusieurs points que vous avez évoqués au début et à la fin de votre discours ainsi que sur la question de M. Bruneel relative aux établissements de santé et à l'engagement des professionnels.

J'en conviens, depuis quinze ans, les conditions de travail des professionnels dans les établissements de santé se sont progressivement dégradées. Cette année, nous avons fait un effort considérable afin de redonner espoir à ces professionnels et de leur montrer notre engagement : pour la première fois depuis dix ans, nous avons augmenté les tarifs hospitaliers pour redonner du souffle à l'hôpital ; nous avons dégelé la totalité des crédits de 2018 qui avaient été mis en réserve – 415 millions d'euros ont ainsi été rendus aux établissements, auxquels nous avons octroyé la semaine dernière 300 millions d'euros supplémentaires.

Ces moyens témoignent de la confiance que nous plaçons dans les établissements avant d'engager cette réforme qui va enfin donner du sens à leur mission. Bien sûr, les professionnels ont besoin de moyens – nous en mettons sur la table –, mais ils ont aussi besoin de savoir dans quelle direction nous souhaitons aller, quelle organisation nous proposons, quels sont les objectifs à atteindre. Nous pensons qu'en renforçant la médecine de proximité, il est possible de soulager les hôpitaux de certaines missions auxquelles ils ne sont pas préparés et pour lesquelles ils ne sont pas forcément les mieux armés.

Je prends cet engagement devant les professionnels aujourd'hui. Cette réforme répond à la nécessité de leur donner du sens et des perspectives.

Vous soulignez le risque que la gradation de soins aboutisse à une hiérarchie. Ce n'est pas le cas. La gradation des soins est une notion unanimement reconnue et internationale, qui permet une meilleure répartition des plateaux techniques et des compétences sur un territoire. Pour autant, tout ne remonte pas au CHU ou à l'hôpital public. La gradation des soins offre des perspectives à la médecine privée – un établissement privé peut ainsi jouer le rôle de plateau technique de proximité pour de la médecine interventionnelle, par exemple. La gradation des soins désigne seulement une organisation des soins de recours, quel qu'en soit l'acteur, par rapport aux soins de proximité. Il s'agit d'une gradation, non pas hiérarchique, mais organisationnelle.

Dans le domaine du médicament, je tiens à contredire vos propos qualifiant d'incurie l'évaluation, le remboursement et les délais d'accès. Aujourd'hui, les délais d'accès aux médicaments innovants sont les plus courts du monde pour les patients français. Pourquoi ? Parce que nous avons instauré les autorisations temporaires d'utilisation qui permettent d'accéder à l'innovation avant même l'autorisation de mise sur le marché. Les délais que vous critiquez, monsieur Grelier, permettent aux patients français d'avoir accès à des médicaments qu'ils ne trouveraient nulle part ailleurs, notamment pas en Allemagne. Ils sont ceux qui accèdent le plus tôt à l'innovation. Ces délais incluent le temps de la négociation des prix, qui permettent de soutenir l'innovation et de donner accès à tous les patients sur l'ensemble du territoire. Je tiens à ce que ces délais de négociation soient préservés.

C'est la première fois qu'un projet de loi traite de la proximité et des soins de proximité ; c'est la première fois qu'il n'est pas « hospitalocentré ». C'est la première fois que l'approche est centrée sur les territoires et sur les besoins des patients. Je conteste votre analyse selon laquelle ce texte ne serait pas centré sur les patients. Je suis partie du parcours d'un patient âgé polypathologique confronté au labyrinthe de notre système de soins et au cloisonnement entre hôpital et ville ainsi qu'entre professionnels. J'en ai conclu qu'il fallait décloisonner tout le système. C'est bien à partir des besoins des patients partout sur le territoire que ce texte a été élaboré.

C'est vrai, ce texte n'embrasse pas tout le système de santé, notamment pas la prévention. J'ai expliqué pourquoi je ne souhaitais faire de ce projet de loi un texte cathédrale. C'est un texte qui donne du sens, qui redonne de la liberté aux territoires ainsi qu'aux professionnels pour s'organiser, qui redonne plus de place aux élus – j'ai accepté de nombreux amendements issus de tous les bancs pour rétablir la présence des élus dans l'ensemble des dispositifs qui concourent à l'organisation sur le terrain. Le texte réaffirme que l'hôpital public n'est pas le centre du dispositif.

Vous le savez, la loi ne peut pas tout. Grâce aux CPTS, issues des initiatives de terrain, il sera possible d'adopter des solutions différenciées. La mue est en cours. Elle l'est chez les professionnels et dans nos organisations. Tout ne viendra pas de Ségur, ni même des petits Ségur, monsieur Grelier. Chacun a bien compris qu'il faut laisser de la place aux initiatives de terrain. La mue viendra également des députés que vous êtes. (*Applaudissements sur de nombreux bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Mme la présidente. Dans les explications de vote, la parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Le renvoi en commission paraît tout à fait justifié. J'ai alerté précédemment sur le fait que nous apprenons au fur et à mesure du débat l'irrecevabilité des amendements.

On peut s'inquiéter du nombre d'amendements – plus de 2 000 ont été déposés – et s'interroger sur les raisons de cette inflation. Peut-être les députés ont-ils considéré que ce texte comportait bien trop de lacunes et ont voulu les combler avec leurs amendements. Nous ne pouvons pas débattre d'un texte et le voter sans disposer de tous les moyens législatifs de défendre notre point de vue, en l'espèce tous nos amendements.

En ce qui concerne les ordonnances, le renvoi en commission vous permettrait, madame la ministre, de nous présenter les dispositions que vous envisagez et de les intégrer dans le projet de loi. Nous pourrions ainsi discuter, de manière posée, d'un texte réfléchi et travaillé.

C'est la raison pour laquelle le groupe de La France insoumise votera la motion de renvoi en commission.

Mme la présidente. La parole est à M. Hubert Wulfranc.

M. Hubert Wulfranc. J'interviens au nom du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

Après la justice ou l'éducation, le Gouvernement veut faire avaler une troisième réforme majeure qui concerne des missions régaliennes ou d'intérêt général, celle de la santé, alors que les Français, sous diverses formes, exposent leur manière de voir l'avenir et leurs propositions pour vivre mieux. Ce seul argument justifie le renvoi en commission.

Ensuite, ce projet de loi intervient après deux budgets qui ont pénalisé les hôpitaux publics, les recettes de santé et notre sécurité sociale.

Nous n'avons pas la mémoire courte: la prévention sanitaire de proximité est une question majeure, y compris à vos yeux, prétendez-vous, pourtant, la première mesure que vous avez prise est la disparition des CHSCT, mesure ô combien emblématique d'un gouvernement qui laisse l'exploitation des corps et des esprits s'appesantir davantage. Résultat, les diagnostics médico-sociaux s'aggravent dans nos territoires.

Rien n'est prévu pour les publics fragiles, ni pour les EHPAD, ni pour la médecine scolaire, sujet majeur pour nos concitoyens.

Ce n'est assurément pas un texte cathédrale, car vous refusez de sanctuariser la santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR. – M. Dino Cinieri applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Les attentes des députés, des professionnels de santé et des usagers à l'égard du projet de loi étaient nombreuses. Le recours aux ordonnances, aux décrets ainsi qu'aux négociations conventionnelles nous prive d'une vision claire de l'organisation et de la transformation du système de santé que vous nous proposez. Les dispositions sont trop floues et les discussions en commission n'ont pas suffi à apaiser les craintes du groupe Libertés et territoires.

En outre, le choix des ordonnances limite considérablement le débat parlementaire alors que, dans le même temps, nos concitoyens appellent à plus de concertation et de dialogue. Votre méthode sur un sujet aussi important n'est certainement pas la bonne.

À cela s'ajoutent nos conditions de travail – plusieurs collègues les ont évoquées – qui n'ont pas été optimales pour aborder sereinement ce texte. Entre nos débats en commission et la séance publique, il s'est écoulé seulement trois jours. Nous ne pouvons pas travailler de manière constructive dans ces conditions.

C'est pourquoi, vous l'aurez compris, le groupe Libertés et territoires votera en faveur de la motion de renvoi.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Delatte.

M. Marc Delatte. Ce projet de loi s'inscrit dans la continuité du PLFSS 2019. Cette refondation de notre système de santé est aussi le témoin des mutations et des changements de notre société.

Jean Monnet disait que la complexité des problèmes, la richesse des suggestions et même la force des critiques ne peuvent que faire avancer les choses, si on ne perd pas de vue l'objectif à atteindre. Et l'objectif à atteindre, c'est d'offrir à notre population une offre et une qualité de soins accessibles à tous.

Face au vieillissement de la population et à l'inflation des maladies chroniques, relever ce défi est une nécessité. Cet enjeu implique des réponses adaptées, de bon sens, mûries par de nombreuses auditions des usagers, des élus et des acteurs de santé ainsi que par un travail collectif en commission. Il requiert des propositions concrètes centrées sur le patient, qui se trouve placé au cœur de notre système de soins.

Le projet de loi permet une meilleure organisation grâce aux CPTS, à la création des hôpitaux de proximité, aux consultations avancées, ainsi qu'à la meilleure articulation médico-sociale entre ville et hôpital, de l'aide-soignante au travailleur social, en passant par l'infirmière, le kinésithérapeute, le médecin.

Les formations, l'évolution des carrières, mais aussi la suppression du numerus clausus qui laisse des milliers de jeunes dans la détresse, ou encore la réforme du deuxième cycle, sont autant de moyens de respecter l'humain dans sa mission de soins et sa dignité, et de répondre à la souffrance en milieu hospitalier que les rigidités organisationnelles et les tensions financières ont accru.

Une meilleure organisation du système de santé, c'est aussi libérer du temps médical par le recrutement de 4 000 assistants médicaux, et utiliser le numérique dans les pratiques médicales – téléconsultation, e-prescription, exploitation des données de santé ainsi que bonne gestion du dossier médical partagé, dans le respect de la confidentialité.

L'augmentation de plus 400 millions de l'ONDAM, la réforme de la T2A – tarification à l'activité –, et la régulation des dépenses de santé répondent aussi à cette ambition.

Voilà pourquoi, chers collègues, le groupe La République en marche ne votera pas cette motion de renvoi en commission. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Ramadier.

M. Alain Ramadier. Au cours des débats en commission, le projet de loi n'a été modifié qu'à la marge sur les points importants. En revanche, le nombre d'articles a quasiment été multiplié par deux, au gré d'ajouts à l'importance parfois très relative.

Pointilleux sur le détail, aveugle à l'essentiel ; résultat : pas d'avancée significative, à l'exception de deux ordonnances sur les hôpitaux de proximité et Mayotte, dont une partie a été transcrite directement dans la loi, non sans laisser planer de sérieux doutes. L'ensemble est resté assez flou.

Le projet de loi ne remettra pas vraiment en cause les ordonnances, véritable marqueur de ce gouvernement, et n'allégera pas la tutelle administrative sur la santé. Comme l'a souligné Mme Fiat, des amendements sont déclarés irrecevables alors même que nous avons commencé son examen en séance publique. Cet argument justifierait à lui seul son retour en commission.

Pour ces raisons, le groupe Les Républicains appelle à voter en faveur de la mention de renvoi en commission. Le texte ne comporte pas, à l'évidence, les mesures nécessaires à même de redonner à notre système de santé le souffle dont il a besoin.

M. Alain Bruneel. Exact !

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le groupe du Mouvement démocrate et apparentés soutient les changements profonds qui seront engagés par le projet de loi. Ces changements sont attendus et nécessaires pour répondre aux nombreux défis que nous avons à relever.

Le texte tend à remédier au déficit d'offre de soins dans certains territoires grâce à des solutions innovantes, à améliorer la formation de nos futurs médecins et à opérer une véritable transformation numérique de notre système de santé. Il permettra ainsi à chacun d'être mieux soigné demain. C'est là l'objectif le plus important, que le groupe Les Républicains ne peut que partager, je le pense.

Comment ne pas soutenir la fin du numerus clausus, système injuste et inefficace ? Comment ne pas souhaiter un exercice plus collectif et mieux coordonné de la médecine ? Comment refuser d'agir pour décroiser enfin la médecine de ville et l'hôpital et proposer des parcours de soins plus cohérents ?

La santé est l'une des préoccupations majeures des Français, et c'est bien compréhensible. Il était donc urgent de mener cette réforme de notre système de santé. Le groupe MODEM a participé activement au travail en commission en défendant de nombreux amendements qui visaient à compléter le texte de manière constructive. Nous poursuivons ce travail en séance publique, en espérant que les débats sur ce sujet crucial seront de qualité, dans l'intérêt des Françaises et des Français. Le groupe MODEM votera contre la motion de renvoi en commission. *(Applaudissements sur les bancs des groupes MODEM et LaREM.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le présent texte, avec lequel vous entendez réorganiser l'offre de santé, ne répond pas à la préoccupation principale des Français : l'absence de médecins dans la plupart de nos territoires. Ce n'est pas la pseudo-suppression du numerus clausus qui suffira pour que soient formés les médecins généralistes et spécialistes qui font cruellement défaut dans les territoires non seulement ruraux, mais aussi urbains. Ce n'est pas non plus en déclassant des hôpitaux périphériques en hôpitaux de proximité que l'on attirera des praticiens de santé, qui ne sont, de toute manière, pas assez nombreux.

En fait, de l'avis des professionnels de terrain, tant que le Gouvernement n'aura pas le courage politique de s'attaquer à la question de la régulation de l'installation des médecins sur

le territoire, la situation restera inchangée. D'autant que ce gouvernement préfère déléguer des tâches médicales à des acteurs paramédicaux plutôt que d'ouvrir le front de la juste répartition des médecins sur l'ensemble du territoire de la République. C'est pourquoi le groupe Socialistes et apparentés votera la motion de renvoi en commission.

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Cette motion relève un peu du même esprit que la précédente. L'orateur qui l'a défendue a émis des critiques et formulé des propositions, engageant déjà le débat de fond sur le projet de loi.

Vous avez répondu, madame la ministre, à des inquiétudes exprimées par d'autres ou par nous. S'agissant des groupements hospitaliers de territoire, vous avez indiqué que le texte ne comportait aucun élément susceptible de conduire à une forme de centralisation de l'hôpital public ou à une hiérarchisation de l'offre de soins et de santé dans les territoires. Au cours de la discussion, le cas échéant grâce aux amendements proposés, il faudra que nous rendions cette garantie plus tangible encore, car la pratique des groupements hospitaliers de territoire révèle une certaine tendance à la centralisation des décisions et des moyens au profit de l'établissement central.

Vous ne souhaitez pas, avez-vous précisé, que ce texte soit une « loi cathédrale ». Il n'a donc pas vocation à régler l'ensemble des problèmes que nous connaissons en matière de santé en France. Dès lors, le titre du projet de loi aurait pu être un peu moins ambitieux : on aurait pu parler d'« adaptation » plutôt que de « transformation » du système de santé. En tout état de cause, d'autres véhicules législatifs seront nécessaires pour revenir sur un certain nombre d'éléments qui ne sont pas pris en considération dans le texte.

Nous sommes aujourd'hui dans le débat. C'est pourquoi le groupe UDI, Agir et indépendants ne votera pas la motion de renvoi en commission.

Mme la présidente. Je mets aux voix la motion de renvoi en commission.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	78
Nombre de suffrages exprimés	78
Majorité absolue	40
Pour l'adoption	17
contre	61

(La motion de renvoi en commission n'est pas adoptée.)

M. Gilles Lurton. Deux voix de moins que lors du vote précédent !

DISCUSSION GÉNÉRALE

Mme la présidente. Dans la discussion générale, la parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Il y a un an et demi, au début de la législature, je vous avais interpellée sur la déliquescence de notre système de santé et sur les conditions de travail dans nos établissements de santé et médico-sociaux. J'avais décrit alors les quatorze besoins fondamentaux définis par Virginia Henderson, auxquels doivent normalement répondre les soignants mais dont ils compromettent la satisfaction, faute de temps et de moyens.

Mon intention première était de faire le point, vingt mois après ma prise de parole, en reprenant chacun de ces quatorze besoins. Cependant, il n'y a eu aucune amélioration, malgré deux projets de loi de financement de la sécurité sociale. La situation s'est même aggravée : des économies ont été réalisées à hauteur de 4 milliards d'euros en 2018, et vous en prévoyez pratiquement autant pour 2019. Notre système de santé a longtemps été l'un des plus performants des pays développés, cité à travers le monde comme un modèle de référence. Construit à une époque où le pays était pourtant affaibli, il subit depuis trente ans une politique de libéralisation qui le détruit progressivement.

Dans ce contexte, que pouvions-nous espérer d'un projet de loi relatif à la santé ? Pour répondre à cette interrogation, permettez-moi de vous proposer quatorze besoins « politiques », afin que notre pays dispose de nouveau d'une véritable politique de santé, et d'analyser votre projet de loi à leur aune.

Premier besoin : des soignants bien formés. Avec ce projet de loi, madame la ministre, vous dites vouloir réévaluer périodiquement les connaissances des médecins. Cependant, connaissant votre goût pour l'austérité, nous sommes en droit de nous demander si la puissance publique financera une telle mesure : qui va payer ? Qui va former ? Il vous faudra lever le voile. Le risque est de confier l'intérêt général, une fois encore, à des compagnies privées peu scrupuleuses.

Deuxième besoin : des soignants en nombre suffisant. Je m'interroge : faut-il se réjouir de la fin du *numerus clausus* ? En commission, vous avez refusé notre amendement qui visait à inscrire dans la loi une hausse réelle du nombre de médecins formés. Et que dire du nombre de soignants dans les établissements de santé, en particulier dans nos EHPAD ? Cela fait un an, madame la ministre, que Mme Iborra et moi-même vous avons recommandé de fixer un ratio minimal de soignants auprès des résidents pour mettre fin à la maltraitance institutionnelle. À cette heure, rien, absolument rien, n'a été fait pour remédier à cette accablante situation.

Je ne peux croire, madame la ministre, que le mot « maltraitance » ne vous fasse pas réagir, que vous arriviez à faire abstraction de cet horrible constat. Vous seule avez les moyens d'agir. Pourriez-vous le faire le plus rapidement possible, s'il vous plaît ? Ce serait gentil...

Troisième besoin : une répartition équitable de soignants sur tout le territoire. Vous dites vouloir des mesures incitatives pour pallier la désertification médicale. Ne faites pas semblant, madame la ministre, vous savez, comme nous tous ici, qu'elles ont démontré leur inefficacité. Le conventionnement sélectif, en revanche, a déjà fait ses preuves pour les infirmiers, les sages-femmes ou encore les kinésithérapeutes. Avec votre projet de loi, les zones rurales devront se contenter d'une médecine à distance, par écran interposé, en télésoin ou en télémédecine.

Quatrième besoin : le travail d'équipe. Le turnover à l'hôpital nuit gravement au travail d'équipe et à la continuité des soins. Le projet de loi favorise le recours aux contractuels et encourage les médecins hospitaliers à pratiquer la médecine libérale. Votre objectif inavoué est-il donc de créer un grand mercato de la médecine ?

Cinquième besoin : un accès à la santé pour tous. Je vous pose une petite devinette : est-ce en autorisant la pratique des dépassements d'honoraires dans les établissements de santé d'intérêt collectif, en fermant des hôpitaux et des maternités

et en favorisant une médecine libérale moins bien remboursée et mal répartie sur le territoire que vous allez faciliter l'accès à la santé pour tous les Français ?

Sixième besoin : des lits et des hôpitaux en nombre suffisant. À cause des suppressions de lits, les soignants perdent leur temps à courir dans les couloirs à la recherche d'une chambre libre, tandis que les files d'attente s'allongent aux urgences. Les fermetures de maternités et d'hôpitaux se poursuivent, au détriment des personnes malades, accidentées ou sur le point d'accoucher. Dans la mesure où le projet de loi tend à forcer les regroupements hospitaliers, la situation ne fera qu'empirer.

Septième besoin : une relation saine entre l'hôpital et la médecine de ville. Contrairement à ce que vous affirmez, nous allons assister non pas à une association entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, mais bel et bien à un détricotage de l'hôpital public au profit de la médecine libérale. Celle-ci n'est pourtant pas un modèle de service public, surtout en secteur 2. La liberté d'installation, les dépassements d'honoraires et l'atomisation ne permettent pas et ne permettront jamais une offre de soins digne de ce nom. À l'opposé, nous pourrions rapprocher les hôpitaux des centres de santé de ville, mais votre projet de loi ne le permet pas.

Huitième besoin : de la coopération entre les soignants. Vous dites vouloir créer de 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, et le pouvoir des gestionnaires, la norme. Pourtant, l'hôpital n'est pas une entreprise. Les médecins, les sages-femmes, les anesthésistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les aides-soignants, les aides médico-psychologiques, et tous les autres ne sont pas des commerçants ; ce sont des professionnels de santé. Il faut les considérer comme tels et leur donner les moyens d'exercer leur métier dans les meilleures conditions possibles.

Neuvième besoin : des données de santé protégées. Vous avez disposé de deux ans, madame la ministre, pour élaborer ce projet de loi. L'une des mesures phares mises en avant est la création d'une plateforme des données de santé et d'un espace numérique de santé. Toutefois, rien n'est proposé pour écarter les risques liés à la vente des données de santé à des boîtes privées telles que les banques, les sociétés d'assurance ou encore les bailleurs sociaux. Votre projet de loi n'apporte aucune garantie en la matière, et il aura fallu que nous vous interpellions sur ces dangers en commission pour que vous vous interrogiez enfin à ce sujet. J'espère sincèrement que vous allez nous proposer, comme promis, un amendement gouvernemental en séance. Au cas où, j'ai déposé à nouveau celui que nous avons défendu en commission.

Dixième besoin : une véritable démocratie sanitaire. Le projet de loi tend à centraliser davantage encore le pouvoir dans les mains des groupements hospitaliers de territoire et maintient la prépondérance des agences régionales de santé. De leur côté, certaines associations de patients sont obligées de se financer auprès des industries pharmaceutiques pour survivre. Je répète : auprès des industries pharmaceutiques ! Or pas un mot n'a été prononcé à leur sujet.

Onzième besoin : vivre dans un environnement sain. Il risque d'être difficile d'y parvenir si l'on continue à encourager la malbouffe, à ne rien faire contre l'usage des pesticides et à creuser les inégalités sociales. Le projet de loi tend, d'ailleurs, à réduire les contrôles de la qualité de l'eau.

Douzième besoin : des produits de santé fiables. Par votre silence, vous vous faites complice, là encore, des laboratoires pharmaceutiques et des industries de santé, qui profitent d'une réglementation ultra-laxiste pour vendre à des prix indécentes des médicaments et des dispositifs médicaux dangereux. Dans votre projet de loi, vous ne proposez aucune mesure pour réguler le secteur. C'est même le contraire, puisque, avec l'article 15, on renoncera à étudier les causes des ruptures d'approvisionnement.

Treizième besoin : des conditions de travail dignes pour les médecins et les soignants. Ces dernières années, les soignants ont vu leurs conditions de travail se détériorer, ce qui entraîne accidents du travail, fatigue, stress, mal-être, démissions et absentéisme massif. Votre silence à ce sujet serait-il un silence coupable ?

Quatorzième besoin : des moyens suffisants dans nos urgences, dans nos hôpitaux, dans nos EHPAD, dans nos hôpitaux psychiatriques et plus généralement dans tous les établissements de santé et médico-sociaux. Vous diminuez encore et encore les moyens, déjà bien insuffisants. Comment voulez-vous que cela puisse fonctionner ?

Voilà le bilan des quatorze besoins politiques pour notre système de santé que vous nous proposez dans le texte. Ce projet de loi est celui des inégalités de santé, de l'abandon des territoires ruraux, de la désertification médicale, du détricotage de nos hôpitaux publics, de la libéralisation de nos données de santé.

Et que dire des moyens utilisés ? Vous nous demandez de signer des chèques en blanc. Par voie d'ordonnance, vous voulez revoir le statut de praticien hospitalier, les missions des hôpitaux de proximité, des groupements hospitaliers de territoire, des ARS. Incapable de soigner notre système de soin, vous voudriez en plus aggraver le cas de notre démocratie malade !

En définitive, les moyens _ cruellement insuffisants _ dont nous disposons sont consacrés à la médecine libérale ; rien n'est fait pour reconstruire notre système public hospitalier et notre système public de santé. Non, madame la ministre, la santé n'est pas à vendre.

Pour terminer, j'aimerais vous lire le témoignage reçu en copie, il y a peu, d'une soignante du Cheylard : « Madame la ministre, c'est avec dégoût et la boule au ventre que je quitte ce radeau de la Méduse. Ce matin, je suis seule pour quatre-vingts dix-neuf résidents, trente pansements, un œdème aigu du poumon, plusieurs surveillances de chutes récentes et j'en passe. Ce matin, j'ai craqué. Je suis stressée, donc stressante et, à mon sens, maltraitante. Je ne souhaite à personne d'être brusqué comme on brusque les résidents. Disponible pour personne, dans l'incapacité de créer le moindre relationnel avec les familles et les usagers, ce qui, vous en conviendrez, est assez paradoxal dans ce qu'on nomme un « lieu de vie », je bâcle. Je bâcle et agis comme un robot pour aller à l'essentiel auprès des quatre-vingt-dix-neuf vies dont j'ai la responsabilité. Je suis dans une usine d'abattage qui broie l'humanité des vies qu'elle abrite, en pyjama ou en blouse blanche. Arrivez-vous à dormir ? Moi non. Et si c'était vous ? Vos parents ? Vos proches ? Que voulons-nous faire pour nos personnes âgées ? Pour les suivantes ? »

Il n'y aura qu'une chose à retenir de ce projet de loi : j'ai bien peur qu'il ne faille attendre 2022 et un nouveau gouvernement pour qu'enfin nous examinions ici un vrai projet de loi de santé. (*Applaudissements sur les bancs des groupes FI et GDR.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il est de plus en plus difficile de se soigner et de soigner dans notre pays. De nombreux territoires ruraux, urbains, périurbains manquent de médecins généralistes et spécialistes. L'hôpital est en crise, les personnels en souffrance. Les deux tiers de la population vivent dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, et 18 % dans une zone classée d'intervention prioritaire. Les inégalités devant le droit à la santé se creusent.

C'est le résultat des politiques menées sur la base de la compression des dépenses de santé, sur la base de la marchandisation de la santé. Comment admettre la dégradation si importante d'un modèle qui était l'un des plus performants au monde ? Nous ne le pouvons pas, nous ne le devons pas.

Nul ne pense qu'il suffirait d'un claquement de doigts pour sortir de cette crise du jour au lendemain. Elle est profonde.

M. Alain Bruneel. C'est vrai !

M. Pierre Dharréville. Mais le problème est que, face aux maux de notre système de santé comme à ceux de notre société, vous pratiquez toujours la médecine néolibérale. Et l'expérience nous apprend que ses remèdes sont pires que le mal, quand ils n'en sont pas l'origine.

Comment dire aux personnels hospitaliers qui souffrent, aux patients qui patientent, aux territoires qu'on déshabilite qu'il ne s'agit pas d'une question de moyens mais simplement d'organisation ? Telle est pourtant la ligne directrice du projet de loi qui nous est présenté. Chaque année, notre système de santé a droit à un tour de vis supplémentaire afin de comprimer encore les ressources.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Pas cette année !

M. Pierre Dharréville. Il est urgent de sortir de cette crise du financement et de ce choix du sous-financement chronique.

Or c'est ce choix qui justifie la fuite en avant qui nous est présentée aujourd'hui. Notre système de santé doit être capable de se transformer pour relever les défis avec les moyens de notre temps, mais on ne peut le sommer de faire mieux avec des ressources toujours plus compressées, sans quoi sa réorganisation confinera à une réduction de voilure et à un colmatage de brèches.

J'ai parlé de fuite en avant parce que la révision de la carte hospitalière, si nous lisons entre les lignes, conduira de façon arbitraire à déclasser des hôpitaux et à fermer des services, notamment des plateaux de chirurgie et des maternités. Combien ? Elle conduira aussi à abîmer encore des territoires et ne sera pas sans effet sur le développement de déserts médicaux. Au final, il se pourrait que la gradation se transforme en dégradation.

J'ai parlé de fuite en avant parce que l'accentuation des regroupements des GHT se fait sans que l'on ait tiré les leçons de l'expérience, dans une logique de centralisation et de concentration plus souvent que de coopération.

J'ai parlé de fuite en avant parce que le virage ambulatoire se fait sur deux roues et en sursrégime, non sans dégâts.

J'ai parlé de fuite en avant parce que le décloisonnement dont on vante les mérites s'applique pour beaucoup entre le public et le privé, installant ou accélérant la grande confusion ainsi que l'utilisation du public dans des démarches à but lucratif. Cette logique de décloisonnement, d'open space pourrait rapidement tourner à l'open bar !

Par-delà cette colonne vertébrale, il y a dans le projet des dispositions nécessaires.

C'est vrai de la fin du *numerus clausus* _ enfin ! Mais celle-ci est-elle une décision symbolique ou aura-t-elle des effets ? Quels seront ses moyens et ses objectifs ? Au passage, comment *Parcoursup* pourrait-il nous être de quelque secours ?

C'est vrai de l'installation d'une plateforme des données de santé, qui mérite un encadrement sourcilleux, et qui peut apporter des éléments essentiels à la politique de prévention.

C'est vrai de l'encouragement du recours au contrat d'engagement de service public, qui va dans la bonne direction.

Mais ce plan de restructuration, puisque c'est ce dont il s'agit, ne dégage pas l'horizon. Ce n'est pas ainsi que l'on pourra prendre l'élan nécessaire à un nouvel essor de notre système de santé. Ce serait plutôt un nouvel essorage.

Pourrions-nous vraiment en débattre, alors que, par ce projet de loi, vous nous demandez principalement de renoncer à légiférer pour laisser le Gouvernement agir en dehors des radars ?

Nous aurions pourtant beaucoup à proposer. De nombreux sujets restent dans l'ombre et nous savons l'effort considérable que nous devons produire pour nous tourner vers des politiques de prévention offensive. Selon nous, l'allongement de la durée de travail n'en fait pas partie, a fortiori dans les professions de santé.

Nous voici devant des ordonnances, alors que partout monte une exigence forte de démocratie sanitaire. Ce matin, nous avons accueilli ici même des acteurs de la santé rencontrés au cours de notre Tour de France des hôpitaux, pour continuer à débattre et préciser les contours de la grande réforme progressiste de la santé qui s' imagine un peu partout pour prendre soin de l'humain.

« Le Pouvoir défait et recompose nos métiers et nos missions en exposant toujours plus les professionnels et les usagers aux lois "naturelles" du marché », écrivaient les signataires de l'Appel des appels en 2009. Changeons de protocole ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. En vingt ans, la moitié des maternités ont fermé. D'après un rapport de la Cour des comptes, il en restait 498 en 2018 pour 758 000 naissances. Voilà le résultat de la concentration.

Ce chiffre est symptomatique d'un problème plus général que nous connaissons bien maintenant et sur lequel le groupe Libertés et territoires est pleinement engagé : l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Fin 2017, selon l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée _ nouvel outil de mesure de la DREES, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques _, 18 % de la population se trouvent confrontés à une offre de soins insuffisante ou peu satisfaisante. Les difficultés concernent aussi bien l'accès aux établissements de soins, aux praticiens de médecine générale et spécialisés, qu'à certaines professions paramédicales, comme les kinésithérapeutes, le tout dans les territoires ruraux comme dans les territoires urbains, tant et si bien qu'il n'est pas rare que nos concitoyens renoncent à se soigner, résignés et contraints par l'inaccessibilité, les trajets à effectuer, les délais d'attente et le coût des soins. C'est inacceptable !

Plus précisément, les écueils de notre système de santé sont de deux ordres : ils concernent, d'une part, les patients, d'autre part, les professionnels de santé. À une double diffi-

culté, notre groupe considère que nous devons proposer une double réponse : renforcer la proximité en plaçant le patient au cœur de notre système, et accroître l'attractivité des métiers et des structures de santé.

Il ne s'agit certainement pas d'opposer ces deux types d'acteurs en contraignant les uns pour satisfaire aux exigences des autres. Bien au contraire, l'enjeu est de réconcilier les attentes et les besoins de chacun.

Si l'on regarde les chiffres de plus près, on constate en réalité une augmentation du nombre de médecins inscrits à l'Ordre. Cela devrait nous rassurer. Mais ce sont toujours les mêmes zones qui bénéficient de leur installation, au détriment de celles qui enregistrent, année après année, un recul de leurs effectifs.

En outre, du fait du vieillissement de notre population, et plus particulièrement du fait des maladies chroniques, nos besoins en santé augmentent. Or la hausse du nombre de médecins ne vient pas suffisamment satisfaire cette demande croissante.

Le temps médical disponible baisse, les aspirations des professionnels de santé évoluent. Eux aussi souhaitent concilier vie professionnelle et vie privée. Il nous faut bien admettre que le temps du médecin de famille disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre est définitivement révolu.

Toutes ces évolutions sociétales exigent une transformation en profondeur de notre système de santé. Les politiques mises en place, notamment les politiques incitatives à l'installation, n'ont pas atteint les objectifs attendus. Le groupe Libertés et territoires considère donc qu'un changement de logiciel est nécessaire pour répondre aux nombreuses inquiétudes. En effet, la santé est devenue un sujet de préoccupation majeur, très largement évoqué dans le cadre du grand débat national lancé par le Président de la République.

Aussi, nos attentes, celles des professionnels de santé et des citoyens étaient nombreuses et exigeantes vis-à-vis du plan « Ma santé 2022 ». Malheureusement, pour l'instant, notre groupe n'est pas convaincu par l'ensemble des mesures proposées dans le cadre du projet de loi.

D'abord et avant tout sur la forme : le recours aux ordonnances sur un sujet aussi important n'est certainement pas la bonne méthode. Ce n'est jamais une bonne idée que de court-circuiter le débat public et parlementaire. Ce l'est encore moins dans le contexte actuel de défiance envers nos institutions.

L'heure doit être à la concertation, à la discussion, non aux choix imposés depuis le plus haut sommet de l'État, sans dialogue avec ceux qui connaissent les problématiques de notre système de soins dans les territoires.

Madame la ministre, vous avez tenté de dissiper nos craintes, en réécrivant certaines ordonnances en commission. Vous vous êtes également engagée à revenir devant la commission des affaires sociales avant la ratification de ces ordonnances.

Pour des parlementaires, il y a cependant une différence entre le fait d'être pleinement associés à l'écriture de la loi, et celui de valider a posteriori une ordonnance. Et ne parlons pas de nos conditions de travail qui nous obligent, pour déposer nos amendements, à respecter des délais très contraints et nous privent de tout recul sur nos discussions en commission. Ce sentiment me semble largement partagé sur les bancs de notre hémicycle.

M. Pascal Brindeau. Oui !

Mme Jeanine Dubié. Venons-en à présent au fond.

Pour le groupe Libertés et territoires, il y a bien une avancée dans ce texte : la réforme des études de santé. Elle était nécessaire, c'est vrai, mais soyons honnêtes, il s'agit non de supprimer le numerus clausus – cela est répété à l'envi –, mais uniquement de le relever d'environ 20 %. Or si l'idée est bonne, tout ne semble pas réglé, notamment en matière de diversification des profils des étudiants. Et surtout, sans investissement, comment les universités pourront-elles accueillir leurs nouveaux étudiants ?

En outre, nous aurions souhaité que la future répartition des étudiants aille plus loin encore dans la prise en compte des spécificités des territoires. C'est pour cela que notre groupe proposera de véritables internats régionaux, pour résorber les inégalités territoriales.

Enfin, le relèvement du numerus clausus sera effectif à la rentrée 2020, pour des résultats attendus d'ici à 2030. En attendant, que fait-on ?

La commission parlementaire sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire, dont Philippe Vigier, président de notre groupe, a été rapporteur, avait formulé de nombreuses propositions. Certaines ont été en partie reprises, mais de manière insuffisante ou inadaptée.

Nous craignons que la nouvelle classification « hôpitaux de proximité » n'entraîne le déclassement de certains établissements. En effet, elle constitue une menace de plus pour l'accès aux soins, en particulier pour nos citoyens dont la mobilité est réduite ou qui vivent dans des territoires isolés ou enclavés. Cela pose, entre autres, la question des transports, qui n'est pas réglée et constitue une véritable préoccupation en zone de montagne.

Il est fort probable que cette classification entraînera de facto la fermeture de nombreux blocs opératoires. Sur le terrain, l'inquiétude est grande, tant de la part des élus que des professionnels. L'Association des médecins urgentistes de France rappelle qu'au-delà de trente minutes, le taux de mortalité augmente de 9 % pour les urgences et de 30 % pour les blessés graves. Cette perte de chance n'est pas tolérable.

Concernant le décloisonnement tant attendu entre la médecine de ville et l'hôpital, les mesures sont encore faibles. Nous pouvons aller plus loin pour encourager l'exercice mixte. Il faut donner plus de souplesse et d'initiatives aux médecins afin qu'ils puissent s'adapter plus rapidement et plus efficacement aux réalités du terrain.

C'est l'objet de notre proposition de création d'un statut de médecin volant, qui pourrait venir épauler un médecin installé, selon les besoins – nous y reviendrons lors des discussions.

Le décloisonnement doit aussi passer par un effacement des frontières entre le public et le privé. À cette fin, nous sommes favorables à un service hospitalier public fort et à un secteur privé performant, qui travaillent ensemble à une meilleure prise en charge du patient, sans que la nature des structures soit discriminante. Plus précisément, la coopération doit être le maître mot de la stratégie d'organisation de notre système de santé. Nous saluons, d'ailleurs, votre volonté d'encourager le maillage territorial des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS. L'exercice coordonné doit devenir la règle.

Néanmoins, nous nourrissons encore de nombreux doutes quant au financement des CPTS, notamment à la rémunération du temps consacré par les praticiens libéraux à l'élabo-

ration du projet territorial de santé et à l'organisation des CPTS. Ces questions doivent être le fruit d'une initiative des professionnels de santé, en concertation avec les usagers et les élus locaux. Le pouvoir des ARS en la matière est encore trop fort. La démocratie sanitaire doit être privilégiée à l'imposition par le haut, par une technostructure bornée suivant une logique comptable. Nous avons déposé un certain nombre d'amendements en ce sens, et soyez assurés que nous serons attentifs à ces sujets lors de nos discussions.

Nous ne devons pas perdre de vue que les difficultés de notre système de santé sont symptomatiques d'une problématique plus large encore, qui a partie liée à l'attractivité de nos territoires. Les services publics, pas seulement dans le domaine de la santé, ferment les uns après les autres, ce qui laissent nos concitoyens de plus en plus isolés et démunis. Sans une politique plus large pour répondre à cette perte d'attractivité de nos territoires, je crains qu'aucun plan concernant la santé ne puisse aboutir.

Enfin, sans un investissement considérable pour améliorer l'attractivité des métiers et des structures, les objectifs seront difficiles à atteindre. Je pense surtout à tous les professionnels de santé, libéraux comme hospitaliers, dont les compétences, mais aussi l'humanité et l'écoute, sont mises tous les jours à l'épreuve pour nous offrir des soins de qualité, malgré les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.

Je ne veux pas passer sous silence la revalorisation des tarifs, non plus que la restitution de crédits prévus par l'ONDAM, pour un montant de 300 millions d'euros, qui s'ajoutent aux 415 millions de décembre 2018. Cela n'est que justice. Ces crédits devraient infléchir le déficit des hôpitaux publics et le ramener aux alentours de 600 millions d'euros. Cela montre qu'il reste encore beaucoup à faire.

Vous l'aurez compris, madame la ministre, nos discussions en commission sur ce texte n'ont pas suffi à apaiser les craintes du groupe Libertés et territoires. Nous attendons davantage de nos débats à venir.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Hérité des Trente Glorieuses, notre système de santé est traversé, malgré son excellence, par des incertitudes qui caractérisent un modèle en transition. Si ce projet de loi ne porte pas l'ambition d'apporter une réponse définitive à toutes ces incertitudes, il est un puissant levier pour s'en donner les moyens. Pour dépasser ces incertitudes, il faut oser. Osons changer nos références, envisageons d'autres possibles pour réformer des études de santé qui ne satisfont ni les étudiants, ni les enseignants, ni nos concitoyens.

D'autres possibles, c'est notamment supprimer les épreuves classantes nationales, dont le nom parle de lui-même et implique que le choix de l'avenir professionnel des étudiants sera défini par leur classement. Cela, je le sais, je l'ai vu, je l'ai vécu et je le vis encore au contact des jeunes que je côtoie. À quel moment avons-nous pensé qu'il était bon de détruire 25 000 vocations chaque année par un système de sélection dont les jeunes dénoncent la violence ? La PACES impose la culture de la concurrence, un rapport de forces entre les étudiants, au lieu de l'émulation, de la bienveillance, de la coopération nécessaires pour servir la santé de nos concitoyens. Dans une formation qui doit être profondément humaniste, le couperet du concours promeut la réussite individuelle, le chacun pour soi. C'est ce même principe que l'on reproduit au bout de six ans, pour nos jeunes médecins, avec les ECN – épreuves classantes nationales.

Le numerus clausus, créé en 1971, et les ECN suivaient une logique de gestion de flux, qui n'avait pas pour objet de permettre à l'étudiant de trouver sa place, mais une place. Il s'agit d'un cursus où l'excellence cognitive et mnésique prime. Mais être bien soigné, c'est aussi être écouté, compris, encouragé. Cette bienveillance s'apprend. C'est finalement considérer, comme le philosophe Georges Canguilhem, que la médecine n'est pas une science ou seulement une science, mais un art, au carrefour de plusieurs sciences, notamment humaines, qui peut permettre de saisir la subjectivité des patients. Cette attention à l'autre se construit quand on en a bénéficié soi-même. Le rapport du docteur Donata Marra sur la « qualité de vie des étudiants en santé » a, en ce sens, abouti à la formulation de quinze engagements pour l'amélioration du bien-être des étudiants et des professionnels. Les articles 1er, 2 et 3 du projet de loi portent cette ambition.

Nous allons donc accomplir un acte majeur en supprimant le numerus clausus et les épreuves classantes nationales ; en accompagnant davantage les étudiants, en améliorant leur bien-être, en ouvrant davantage ces études, en formant des profils beaucoup plus variés ; en nous inscrivant, enfin, dans une dynamique collective et de coopération, tout en conservant la même excellence.

En matière de coopération, le groupe La République en marche est fier d'avoir porté un amendement en commission, qui va permettre d'expérimenter un tronc commun entre les professions de santé médicales et paramédicales. Ce même paradigme habite l'ensemble du projet de loi. À la coercition, à la contrainte à l'installation, nous préférons appuyer l'innovation, soutenir la construction de nouvelles formes d'exercice pluriprofessionnel, encourager la coopération, promouvoir des techniques modernes pour une médecine de qualité, là où on en a le plus besoin. Les professionnels et les étudiants se sentent responsables de l'équité en santé que nous devons à nos concitoyens.

J'ai rencontré un grand nombre d'étudiants et de jeunes professionnels au cours des dernières semaines. Ils attendent cela. Ils demandent qu'on leur fasse confiance. Je le vois sur mon territoire, le département de l'Eure, où la démographie médicale est parmi les plus faibles de France. Certains l'ont compris depuis dix ans, en permettant un accroissement de l'offre de santé grâce à la mutualisation des ressources, au décloisonnement du privé et du public. Sortons de la culture du tout individuel pour insuffler une dynamique d'équipe, de communauté de santé où chacun, usager comme professionnel, construit la santé pour tous. Nous en avons plus que besoin. C'est la perspective d'avenir. Le Gouvernement et la majorité portent cette perspective. Les jeunes la souhaitent. Les professionnels y croient. Aujourd'hui, nous vous proposons de le faire. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM. – M. Cyrille Isaac-Sibille applaudit également.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Après la loi de « modernisation de notre système de santé », promulguée sous le précédent quinquennat, nous sommes appelés aujourd'hui à examiner un nouveau texte d'importance, le projet de loi relatif à l'« organisation et à la transformation du système de santé » : deux textes fondateurs en trois ans, deux textes censés répondre aux enjeux de notre système de santé dans les années à venir. D'emblée, je veux le dire, notre pays bénéficie d'un système de santé de qualité, qui est animé par des médecins, des chercheurs, des personnels de santé d'un professionnalisme exemplaire. Nous bénéficions d'une médecine de qualité, mais également d'un système social très protecteur. Je veux rendre hommage, à cet égard, à

l'ensemble du personnel médical et soignant, mais aussi à ceux qui, au fil des années, ont construit cette protection essentielle qui nous est enviée par de nombreux pays.

Il faut cependant se rendre à l'évidence, ce système se heurte aujourd'hui à de nombreuses difficultés. Votre rôle, madame la ministre, celui du Gouvernement et du Président de la République, reste de tout mettre en œuvre pour que les Françaises et les Français puissent continuer d'être bien soignés. C'est dans cet esprit que, le 18 septembre 2018 à l'Élysée, le Président de la République annonçait le plan « Ma santé 2022 », qui doit permettre de réformer notre politique de santé pour offrir un meilleur accès aux soins à tous nos concitoyens, quel que soit leur âge, leur territoire ou leurs moyens. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 vous a offert l'occasion d'adopter les premières mesures de ce plan, principalement la mise en place du reste à charge zéro pour l'optique, le dentaire et les audioprothèses.

Enfin, nous examinons ce projet de loi tant annoncé. Ce texte était très attendu, notamment parce que la loi Touraine du 26 janvier 2016 n'a résolu aucun de ces grands défis – ce que nous avons, à l'époque, prédit. C'est dire que les gouvernements qui se sont succédé ont mal pris en main ce dossier essentiel pour notre pays. C'est dire enfin que l'annonce de votre texte, madame la ministre, a suscité beaucoup d'espoir dans le monde de la santé, tant les besoins sont grands.

Oui, madame la ministre, nos hôpitaux – l'hôpital public notamment –, sont à bout de souffle. Oui, madame la ministre, nos compatriotes désespèrent, pour beaucoup d'entre eux, d'avoir accès à un médecin généraliste ou à des services de soins de proximité. Nous connaissons les causes des maux qui rongent notre système de santé : l'insuffisance des moyens offerts aux hôpitaux, le manque d'attractivité de la pratique libérale, l'isolement des médecins dans les zones de désertification et un manque de personnel soignant de plus en plus criant. Nombreux sont nos concitoyens qui renoncent aujourd'hui aux soins faute de médecins disponibles. Nous partageons tous ce constat.

Les véritables solutions manquent encore, et je crains malheureusement que ce texte soit loin de répondre aux attentes de notre pays, même s'il comporte quelques avancées que nous tenons à souligner. C'est notamment le cas de la procédure de recertification des médecins tout au long de leur carrière, prévue à l'article 3, de la réforme du statut de praticien hospitalier, à l'article 6, qui tentera, d'une part, de mettre fin à une multiplicité de statuts, lourds à gérer administrativement, et, d'autre part, de clarifier leurs missions. C'est aussi le cas du titre III, qui vise à développer le numérique dans le domaine de la santé, évolution que nous devons absolument prendre en compte pour l'amélioration de notre système de santé.

Nous approuvons également la création d'une agence régionale de santé à Mayotte, tant l'égal accès aux soins sur l'ensemble de nos territoires, métropolitain et ultra-marins, doit être encouragé. Ce territoire doit relever des défis majeurs ; c'est pourquoi je vous remercie, madame la ministre, d'avoir proposé un amendement en commission, qui a permis d'inscrire cette proposition dans la loi.

Le travail en commission nous a permis d'apporter à ce projet de loi quelques améliorations, souvent contre la volonté du Gouvernement et du rapporteur, grâce à l'adoption de plusieurs amendements visant à mieux intégrer les collectivités territoriales dans la mise en œuvre des politiques

de santé sur leur territoire. La structuration du parcours de santé au-delà de la seule médecine générale constitue également une avancée que nous tenons à saluer.

Un certain nombre de dispositions visant à intégrer les pharmaciens d'officine dans le parcours de soins ont aussi pu être intégrées au texte au cours de nos débats.

Enfin, j'ai personnellement apprécié que vous acceptiez de retenir deux de mes amendements : un concernant la représentation des usagers dans les conseils de surveillance des groupements hospitaliers de territoire et un autre _ dont la paternité revient à Rémi Delatte _ concernant la représentation des parlementaires à titre consultatif dans ces mêmes conseils de surveillance.

Madame la ministre, nous reconnaissons que ce projet de loi apporte quelques améliorations bienvenues à notre système de santé. Nous tenons aussi à souligner l'intensité du travail en commission, ainsi que l'esprit constructif qui y a régné.

Pour autant, ce texte semble loin des attentes du monde de la santé, loin de répondre aux défis posés par la désertification médicale, l'explosion des dépenses de nos hôpitaux publics et les urgences hospitalières. Je dis « semble » parce que ce texte nous plonge en grande partie dans l'inconnu : sur vingt-trois articles, sept habilitent le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnances, deux renvoient à des décrets et deux autres procèdent à des ratifications d'ordonnances. Autrement dit, la moitié du texte reste encore à rédiger.

Elle le sera par le Gouvernement, surtout par son administration. Bref, une fois encore, elle exclura les parlementaires de ce travail. Nous pensons pourtant que notre vision des territoires, l'attachement que nous leur portons et nos expériences de terrain auraient pu compléter une vision purement technocratique ou exclusivement médicale. Nous pensons que la consultation que vous allez engager maintenant aurait dû avoir lieu avant la rédaction de ce texte, de façon à aboutir à un projet finalisé à même de répondre aux attentes de notre pays.

Madame la ministre, je suis convaincu que vous avec conscience de cette insuffisance. Preuve en est votre engagement, pris en commission, d'associer les parlementaires à la rédaction des ordonnances. Ce vœu est louable, à condition qu'il ne reste pas pieux et, malheureusement, il n'engage que vous !

Pour le moment, il nous est difficile de nous prononcer sur la réforme du premier cycle des études de santé, dont la mise en œuvre est prévue par décret, ou d'y voir clair dans la suppression du numerus clausus, une décision pourtant approuvée par tout le monde. À nos questions, vous ne répondez point.

Qu'avez-vous prévu pour que les universités puissent s'adapter à l'arrivée de nouveaux élèves, alors que la plupart des amphithéâtres sont déjà saturés ? Qu'avez-vous prévu pour permettre aux hôpitaux d'accueillir tous ces futurs externes, qui deviendront ensuite internes ? Qu'avez-vous prévu pour que la suppression du numerus clausus profite aux secteurs touchés par la désertification médicale, alors que nous savons tous que moins de 15 % des étudiants en médecine choisissent aujourd'hui le secteur libéral ? Autant de questions auxquelles nous n'avons pas de réponses, si ce n'est l'annonce d'un décret par la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Il nous est aussi difficile de nous prononcer sur la création d'un statut unique de praticien hospitalier, même si nous savons qu'elle est attendue et que nous l'approuvons. Mais, là aussi, le recours à une ordonnance confère à cette mesure un caractère très flou, ce que regrettent l'ensemble des personnes que nous avons auditionnées.

Il nous est enfin difficile de nous prononcer sur la création d'établissements de santé de proximité, tant les questions restent nombreuses à leur sujet. Quelles seront leurs missions ? Correspondront-elles aux besoins des territoires ? Quel sera leur modèle de financement ? De quelle autonomie disposeront-ils ? Seront-ils sous la tutelle des groupements hospitaliers de territoire ? À toutes ces questions, vous nous renvoyez à des ordonnances pour obtenir les réponses. Comme l'un de mes collègues l'a dit en commission, nous savons que l'ordonnance est une pratique usuelle en médecine, mais, là, nous nous en serions bien passés !

Le développement de la télémédecine et des télésoins ne permettra pas de mettre fin aux déserts médicaux, qui sont souvent aussi des déserts numériques. De même, ni l'extension du statut de médecin-adjoint, ni l'élargissement aux praticiens à diplômes étrangers hors Union européenne du champ des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public ne régleront le problème. Il ne s'agit là que de rustines qui n'empêcheront pas le développement d'une médecine à deux vitesses dans les territoires.

J'aurai bien sûr l'occasion de revenir sur tous ces points, et sur bien d'autres encore, au cours de l'examen des articles. Il en est trois, cependant, qui me semblent les grands oubliés de votre projet de loi, alors qu'ils font partie des grands enjeux de la politique de santé.

Lorsque vous avez pris vos fonctions, madame la ministre, vous vous êtes engagée à faire de la prévention l'axe majeur de votre politique, objectif auquel j'adhère. Or rien dans le texte ne traduit cette intention, alors que la prévention aurait dû en être le principe directeur.

Le deuxième sujet sur lequel je serai conduit à revenir, à travers mes amendements, concerne la politique du handicap. Là aussi, le Premier ministre, lors de la première conférence interministérielle du handicap, le 21 septembre 2017, s'était engagé à ce que le handicap soit pris en considération dans tous les projets de loi présentés par votre Gouvernement. Je constate au contraire qu'il a été souvent oublié, et qu'en l'absence d'une prise en charge de qualité, trop de personnes demeurent, du fait de leur handicap, dans une situation précaire sur le plan de la santé.

Enfin, je pense bien sûr à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, auxquelles vous avez prévu de consacrer un projet de loi avant la fin de cette année. Nous n'oublions pas cet engagement.

Parce que nous sommes, plus que tout, attachés à notre système de santé et à sa pérennité, parce que ce système est aujourd'hui en danger et parce que votre projet de loi restera sans doute la seule occasion qu'il nous sera donné au cours du quinquennat d'y porter remède, nous adopterons une attitude constructive dans cette discussion, comme nous l'avons fait en commission. Nous vous ferons de nombreuses propositions, en espérant que nos débats contribueront à lever le flou qui continue de régner autour de vos intentions.

Madame la ministre, le monde médical et les usagers du système de santé nous regardent, et nos concitoyens attendent beaucoup de nous. Nous ne pouvons pas nous tromper et nous devons répondre à leurs attentes. C'est dans ce but

que nous travaillerons avec vous cette semaine, mais, en l'état actuel, nous ne pouvons accepter votre texte. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LR, LT et UDI-Agir.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Nous voilà réunis dans l'hémicycle pour examiner le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui doit lui permettre de répondre aux défis posés à notre société. Quels sont-ils ? Nous avons besoin d'une offre de santé de qualité pour tous les Français et dans tous les territoires, malgré une raréfaction des professionnels, conséquence d'une gestion comptable de l'assurance maladie depuis trente ans et d'une modification de l'exercice médical. Il convient de lutter contre les maladies chroniques, qui augmentent constamment, du fait de l'absence d'une politique de prévention. Il faut s'adapter au vieillissement de notre population, phénomène découlant de cette bonne nouvelle qu'est l'augmentation de l'espérance de vie. La pratique médicale doit intégrer les nouvelles technologies, qui, bien contrôlées, sont une chance pour notre santé.

Le moment est historique car les Français, les acteurs de terrain et les responsables politiques, partageant un même constat, s'accordent sur la nécessité de changer profondément notre système de santé afin qu'il demeure l'un des plus performants au monde. Permettez-moi de rendre hommage à tous les professionnels de la santé, qui œuvrent tous les jours pour nos concitoyens.

Face à ces défis, quelles sont vos propositions ? Mieux sélectionner les étudiants en santé, augmenter leur nombre, donner une meilleure formation aux médecins et prévoir une certification de leurs compétences tout au long de leur carrière ; garantir un exercice collectif et coordonné des professionnels de santé, remettre en cause le paiement à l'acte et mieux prendre en charge et financer les communautés professionnelles et les parcours de soins ; labelliser des hôpitaux de proximité, lieux de rencontre et passerelles entre la médecine libérale et la médecine hospitalière ; décloisonner les sphères publique et privée et assurer la mixité d'exercice ; poursuivre le déploiement d'outils numériques de télémédecine, au service de la relation humaine entre les soignants et les patients ; enfin, mettre à profit les données de santé pour renforcer l'épidémiologie, améliorer la prévention, le diagnostic et la recherche et, bientôt, développer une médecine prédictive.

Nous sommes parfaitement d'accord avec ces propositions, madame la ministre. Mais pour que cette belle mécanique s'enclenche _ projet de loi, négociations conventionnelles, dispositions réglementaires et nouveaux modes de rémunération _, nous avons absolument besoin de l'adhésion et de la participation de tous les acteurs de première ligne que sont les professionnels de santé. Il faut, en outre, sortir de la logique administrative au nom de laquelle tout est décidé d'en haut et renoncer à un fonctionnement centré sur l'hôpital.

L'examen de votre projet en commission des affaires sociales a permis de lever, en partie, certaines réserves exprimées par notre groupe. Nous vous remercions d'avoir écouté nos préoccupations et nous saluons le travail constructif mené par le Gouvernement et la commission pour enrichir le texte.

Nos préoccupations concernent tout d'abord les habilitations à légiférer par ordonnances : vous avez apporté les éclaircissements nécessaires et attendus en vous engageant à associer les parlementaires à la rédaction de ces dernières. Nous pensons, tout comme vous, que le Parlement est le

lieu, situé à égale distance de l'administration, des acteurs et des citoyens, où le débat peut et doit avoir lieu, et où la délibération doit s'effectuer en toute transparence.

Sur les autres articles du texte, nous vous ferons des propositions durant cette semaine. Ainsi, nous suggérerons un nom plus adapté pour les communautés professionnelles territoriales de santé, organisations qui devraient être le pivot de l'exercice libéral. Nous voulions également avancer une solution, celle des points d'accueil pour soins immédiats, pour résoudre le problème de l'engorgement des urgences ; malheureusement, le service de la séance vient de me faire savoir qu'elle était irrecevable. Nous présenterons par ailleurs des mesures destinées à couper le cordon ombilical entre les hôpitaux de proximité et les groupements hospitaliers de territoire. En effet, l'autonomie des hôpitaux de proximité doit être garantie afin qu'ils puissent assurer l'articulation entre les médecines libérale et hospitalière. Ils doivent donc conserver « une gouvernance locale forte afin de [se voir] reconnaître pleinement leur rôle », comme l'appelait de ses vœux le Président de la République le 18 septembre dernier, à l'occasion de la présentation du plan « ma santé 2022 ».

Nous soutiendrons également les mesures visant à proposer un mode de gouvernance plus adapté de la gestion des données de santé, afin que la France soit au rendez-vous de la médecine de demain et ne se fasse pas distancer par les deux géants mondiaux. Cet enjeu est fondamental.

Nous formulerons enfin des propositions pour renforcer la démocratie locale, ce qui passe par une meilleure représentation des élus, des professionnels de santé et des associations de patients, afin de contrebalancer les pouvoirs des agences régionales de santé _ lesquelles regroupent parfois douze, voire quatorze départements _ et de réaffirmer haut et fort, ainsi que le faisait un rapport de l'inspection générale des affaires sociales, que les initiatives locales doivent s'appuyer sur l'adhésion et le volontariat des professionnels de santé. En effet, le risque d'un dirigisme administratif étant élevé, nous craignons toujours que des directives soient données par des administrations centrales, depuis le siège de très grandes régions, sans concertation avec les acteurs de terrain.

Or le grand débat national a fait apparaître quelques revendications : les Français aspirent à être autant des acteurs de leur santé que des usagers du système de soins ; en outre, tous les jours, les maires et les conseillers départementaux et régionaux sont interpellés par nos concitoyens, qui souhaitent bénéficier d'un meilleur accès à la santé. Nous espérons donc que les propositions que nous porterons en ce sens seront entendues dans l'hémicycle.

Enfin, permettez-moi d'exprimer un regret quant à l'absence de propositions destinées à mieux prendre en compte les différentes médecines de prévention _ protection maternelle et infantile, médecine scolaire et médecine du travail _, à les décloisonner et à les organiser de façon plus efficace. Vous nous avez exposé votre vision selon laquelle la prévention devait être l'affaire de tous. Cependant, si ce projet de loi tend indéniablement à mieux fluidifier la médecine de ville et la médecine hospitalière, il aurait également pu proposer une nouvelle réconciliation entre Hygiène et Panacée, entre la prévention et le soin.

Pour conclure, dans l'hémicycle, et comme nous l'avons fait en commission, le groupe MODEM et apparentés continuera à s'investir sur la question de la démocratie sanitaire, car nous sommes persuadés que la santé de demain, même si elle disposera de nouveaux moyens technologiques, exigera toujours plus d'humanité et de proximité. (*Applaudissements sur les bancs des groupes MODEM et LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. « Il y a quelque chose de pourri au royaume du Danemark » : dans la tragique histoire d'Hamlet, prince du Danemark, Shakespeare prête sa plume à Marcellus pour décrire la trahison et la corruption généralisée qui sévissent, malgré les apparences d'ordre et de grandeur du royaume. Madame la ministre, je crains qu'il y ait aussi quelques duperies au royaume de Macron, par exemple, lorsque le Gouvernement affirme supprimer le numerus clausus, alors qu'il crée en réalité une nouvelle sélection – comprendre restriction – du nombre de médecins formés. D'ailleurs, vous n'assumez pas cette suppression du numerus clausus, puisqu'en commission, vous avez affirmé qu'il n'y aurait pas nécessairement d'augmentation du nombre de médecins formés.

Il y a bien des duperies au royaume de Macron, je le crois. En effet, ce projet de loi santé, présenté comme une réforme ne connaissant pas de précédent, n'apporte aucun droit nouveau, aucune nouvelle protection aux Français. Il se borne à réduire les compétences des hôpitaux de proximité. Hôpitaux qui n'en garderont que le nom, tant vous limitez leur activité : pas de chirurgie, pas de soins obstétricaux, vos hôpitaux de proximité ne sont que de vulgaires dispensaires. Navré de vous le dire ainsi, madame la ministre, mais il convient d'appeler un chat un chat.

À n'en pas douter, il y a bien des duperies au royaume de Macron, lorsqu'un texte de vingt-trois articles contient en vérité sept habilitations à prendre des ordonnances ! Faut-il rappeler que les ordonnances échappent au contrôle du Parlement, donc des citoyens ? Faut-il rappeler qu'elles reprennent le principe de l'autorité législative exclusive des rois de France ? Après avoir réformé le code du travail et, récemment, la justice des mineurs sans débat parlementaire, le Gouvernement s'apprête à modifier le code de la santé publique sans passer par le Parlement.

Chacun, ici, a conscience qu'il y a urgence à agir en matière de santé. Nous aurions donc compris que, par souci de célérité, vous demandiez au Parlement de procéder à un examen rapide des ordonnances. En réalité, il n'en est rien : vous vous accordez vingt-et-un mois pour les publier et les faire ratifier ! Il y a urgence, dites-vous ? Balivernes !

Il y a bien des duperies au royaume de Macron. Je le pense profondément. La préparation de ce projet de loi santé a été confiée à quatre médecins, sans que la question d'éventuels conflits d'intérêts ne soit posée. Peut-être – comme on le fait dans les démocraties dignes de respect, où la déontologie n'est pas juste un mot que l'on affiche pour faire joli – aurait-il été plus sage que certains ici se mettent en retrait ou ne prennent pas part au vote ?

Nous vivons des temps turbulents, dans lesquels les hommes et les femmes politiques sont constamment vilipendés pour des questions d'éthique. Par souci de clarté, je crois profondément qu'il faut, ici, montrer l'exemple. Aussi, il serait sage que nos collègues ayant exercé une profession médicale ne prennent pas part au vote du texte – ou du moins au vote des articles traitant directement de leur profession. (*Murmures sur les bancs du groupe LaREM.*) Il fallait le dire, c'est fait ! Chacun, en conscience, sera libre de son choix.

N'allez pas vous imaginer, chers collègues, qu'il s'agit d'un sujet annexe. C'est de la démocratie même dont il s'agit. Saviez-vous, par exemple, que 65,9 % des amendements adoptés en commission ont pour premier signataire des députés médecins ?

M. François Cormier-Bouligeon. Dont certains siègent sur vos bancs !

M. Joël Aviragnet. Sans nul doute, il y a bien des duperies au royaume de Macron. J'aimerais qu'il en soit autrement, mais j'observe avec tristesse – alors même que les tous groupes politiques de cette assemblée se disent opposés à la commercialisation et à la marchandisation des données de santé de nos concitoyens – que le groupe majoritaire a rejeté nos amendements visant à protéger les données personnelles en la matière.

Chers collègues de la majorité, ouvrez les yeux ! Ce que vous faites aujourd'hui, vous le regretterez demain. Vous obéissez aveuglément à des consignes de vote ultralibérales, qui nous mèneront au bord de l'abîme.

Les données personnelles en matière de santé sont très précieuses. Elles peuvent surtout devenir très dangereuses, si elles viennent à tomber entre de mauvaises mains.

Il y a bien des duperies au royaume de Macron.

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. Qui est Président de la République !

M. Joël Aviragnet. C'est désormais une sombre habitude. Nous ne pouvons – désabusés – que vous voir repousser les amendements défendus par l'opposition. Par quatre fois, en commission, vous avez repoussé nos amendements, alors même qu'ils étaient similaires aux vôtres, que vous avez ensuite adoptés sans souffrir du moindre cas de conscience.

Qui berner avec ce comportement méprisant ? Vos électeurs ? Chers collègues de la majorité, votre attitude éclate aux yeux de tous. Sans scrupule, vous votez à l'unisson – et cyniquement – des textes qui diviseront le pays et creuseront la fracture territoriale et sociale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. C'est faux !

M. Joël Aviragnet. Certes, vous pouvez toujours vous voiler la face et vous réfugier dans le déni ; mais vos décisions vous engagent. La crise des gilets jaunes trouve sans doute ses origines dans les trente dernières années, comme vous aimez à le répéter pour mieux vous défilier ; aujourd'hui, elle est vôtre. C'est votre crise, et vous ne faites rien pour en sortir.

Oui, il y a bien des duperies au royaume de Macron ! Je crains fort qu'à défaut de parvenir à un texte cathédrale, nous finissions avec un texte château de sable ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOC et sur plusieurs bancs du groupe GDR.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Ces dernières années se développent dans l'esprit collectif un sentiment de dégradation de notre système de santé. Ce système est aujourd'hui malade. Malade de ses dysfonctionnements, malade de ses errements, malade de son immobilisme, malade de n'avoir pas su se transformer quand il le fallait.

Nous entendons s'exprimer la souffrance de certains praticiens, qui ne disposent plus des moyens nécessaires pour soigner dignement nos malades, et celle de patients qui ne parviennent pas à trouver un médecin à proximité de leur domicile.

La pénurie de médecins dans le secteur libéral et leur inégale répartition sur le territoire sont le résultat d'erreurs passées et d'une politique de gestion de la démographie

médicale à courte vue. Cette fracture médicale a également des conséquences désastreuses sur le secteur hospitalier, touché par la pénurie.

La partie la plus visible de ces difficultés est la question des services d'urgence, qui sont de plus en plus engorgés, notamment dans les zones sous-dotées en médecine de ville. Beaucoup aspirent à de véritables changements de pratiques et à une réforme en profondeur de notre système de santé. C'est toute l'ambition du plan « ma santé 2022 » que nous a présenté le Président de la République en septembre dernier. Nous avons accueilli avec bienveillance ses annonces. L'élan donné était le bon ; la traduction législative nous laisse partiellement sur notre faim.

En effet, le projet de loi que vous présentez aujourd'hui, madame la ministre, comporte, à notre grand regret, de nombreuses habilitations à légiférer par ordonnance. Comme vous le savez, en tant que parlementaires, nous n'apprécions guère ce genre de pratiques qui permettent de faire l'impasse sur le débat parlementaire. Toutefois, votre présence en commission des affaires sociales la semaine dernière a permis d'apporter quelques éclairages sur les objectifs poursuivis et sur la méthode. Vous vous êtes engagée à modifier le texte en fonction de l'avancée des discussions, et nous avons pu effectivement le constater lorsque la commission y a intégré, en adoptant un amendement du Gouvernement, la création d'une agence régionale de santé à Mayotte. Notre groupe a apprécié votre présence et votre disponibilité.

Vous vous êtes également engagée à associer les parlementaires à la rédaction des ordonnances. Même si je connais votre honnêteté intellectuelle, j'indique que nous serons extrêmement vigilants à ce que tel soit le cas.

À travers ce projet de loi, vous vous attaquez à la réforme des études de santé. Nous partageons vos objectifs puisqu'il ne peut pas y avoir de réforme du système de santé sans une réforme de la formation. Le concours, dans sa forme actuelle, constitue un véritable gâchis humain et ne valorise que les étudiants capables de mémoriser et restituer des connaissances. La suppression de la première année commune aux études de santé _ PACES _ devra permettre de recruter, sur leur excellence académique, des étudiants aux profils plus diversifiés.

Si nous approuvons également la suppression du numerus clausus, nous appelons à nouveau votre attention sur les difficultés que pourraient rencontrer les universités, lorsqu'il s'agira d'intégrer correctement un nombre croissant d'étudiants. Certes, les cours magistraux peuvent être suivis par visioconférence, mais les salles de travaux pratiques et de travaux dirigés ne sont pas extensibles. Nous craignons la saturation des capacités d'accueil qui pourrait fragiliser la qualité de la formation.

Il y a également un problème s'agissant des terrains de stage disponibles. L'accroissement du nombre d'étudiants doit aller de pair avec l'accroissement des possibilités de stage. Malheureusement, beaucoup de médecins renoncent à s'entourer de stagiaires, faute de temps et de moyens à leur consacrer. Tel est notamment le cas des médecins exerçant en cabinet libéral.

Comme vous le savez, il y a un véritable problème d'attractivité pour la médecine libérale en France. Selon l'Ordre des médecins, cinq ans après l'obtention de leur diplôme, seuls 25 % des médecins choisissent l'exercice libéral. Or les projets professionnels des étudiants mûrissent à travers les stages. Il est donc primordial de développer les terrains de stage en médecine de ville, afin d'améliorer l'appétence des étudiants pour cette spécialité.

L'accroissement des stages disponibles passera également par un assouplissement du statut de maître de stage, lequel, en raison des nombreuses contraintes qu'il impose, décourage certains praticiens, comme cela m'a souvent été répété au cours des auditions que j'ai menées.

Concernant la réforme du deuxième cycle, il faut également tendre vers un cycle de formation plus professionnalisant, se concentrant davantage sur la pratique, et sortir du « tout CHU », afin d'amener les étudiants à travailler au sein des centres hospitaliers situés en périphérie.

Enfin, le volet formation comporte également un enjeu de collaboration des étudiants en santé. Pour améliorer l'exercice partagé de la médecine entre ces futurs professionnels de santé, il faut les former ensemble. La coordination doit être inscrite dans l'ADN de la formation initiale. Il faut pour cela développer les enseignements mutualisés.

Le projet de loi porte également l'ambition de décloisonner les pratiques et d'encourager l'exercice partagé ; c'est un objectif que notre groupe soutient. Même si, paradoxalement, la France n'a jamais compté autant de médecins en activité, en matière de démographie médicale, la période la plus critique est attendue entre 2021 et 2025. Or la suppression du numerus clausus ne produira pas d'effets avant une dizaine d'années. D'ici là, il faut donc offrir aux patients une solution de prise en charge rapide et efficace, ce qui passera nécessairement par un partage des tâches entre professionnels.

Ces professionnels sont prêts à ce partage, comme beaucoup nous l'ont confié. Nous soutenons donc les propositions du rapporteur, notamment celle visant à autoriser le pharmacien à dispenser, sous conditions, certains médicaments destinés à soigner des pathologies mineures. Plus généralement, tout dispositif permettant de libérer du temps médical consacré à la « bobologie » au profit du traitement des affections plus graves sera favorablement accueilli par notre groupe.

Le décloisonnement supposera également d'assurer la fluidité des carrières entre la ville et l'hôpital, ainsi que l'exercice mixte. Toutefois, celui-ci devra bénéficier d'une équivalence des statuts en vue de le rendre véritablement attractif.

L'exercice partagé de la médecine aura également lieu au sein des communautés professionnelles territoriales de santé que vous souhaitez développer, madame la ministre. Si nous partageons cet objectif, nous appelons néanmoins votre attention sur la nécessité de ne pas rigidifier ni suradministrer ces structures.

En effet, le formalisme de leur gestion ne doit pas empiéter sur le temps médical utile aux professionnels. L'Agence régionale de santé doit rester présente dans le processus de construction, tout en laissant aux acteurs une certaine latitude pour s'organiser.

À ce propos, j'appelle votre attention sur la nécessité de passer à la deuxième étape de la réforme des ARS. De nombreuses critiques ont été émises sur leur fonctionnement puisqu'elles demeurent trop souvent des structures technico-financières, où le directeur général concentre tous les pouvoirs, sans véritable outil de démocratie autour de lui. Il faut donc recréer un partenariat entre les ARS et les acteurs de santé du territoire pour que ces structures puissent véritablement adopter une approche régionale des problématiques de santé.

Le fonds d'intervention régional ne suffit pas à combler les disparités entre les territoires, et nous devons tendre à terme vers la création d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie _ ORDAM _, chers à notre collègue Francis Vercamer.

Nous le voyons très bien à l'échelle de la région Hauts-de-France, et plus particulièrement à l'échelle des départements du Nord et du Pas-de-Calais, où les indicateurs de santé ne cessent de se dégrader, et où l'espérance de vie demeure moins élevée que dans le reste du pays, alors même que l'ARS nous dit que tout va bien ! Vous en avez été témoin lors de notre dernière rencontre à Lille, madame la ministre.

Votre réforme prévoit également une gradation des soins à l'hôpital, avec le développement des hôpitaux de proximité. Nous espérons que cette réforme, dans son état actuel, contribuera à maintenir la proximité là où elle est nécessaire, et à consolider les soins plus techniques pour améliorer leur qualité et leur efficacité.

Par ailleurs, si l'acte médical demeure avant tout une relation humaine, notre système de santé ne doit pas manquer le virage numérique, comme vous le proposez. Selon un sondage Opinion way, sept Français sur dix attendent davantage d'informations concernant leur santé. L'espace numérique de santé peut devenir un véritable outil permettant d'améliorer leur diffusion auprès des professionnels de santé et du patient. Le dossier médical partagé constitue un levier idéal s'il ne demeure pas une coquille vide. L'enjeu est son remplissage par les patients et les professionnels.

Cet espace numérique doit également être capable d'envoyer des rappels au patient, notamment en matière de vaccination. Peu de Français sont véritablement au fait du calendrier vaccinal. Paradoxalement, aujourd'hui, vous recevez des alertes sur votre téléphone portable vous informant du calendrier vaccinal de votre animal de compagnie, mais rien sur votre propre santé. Le DMP devrait y remédier.

L'espace numérique de santé a également vocation à devenir un vecteur d'information performant en cas d'alerte sanitaire sur un produit de santé. En effet, s'il existe un dispositif efficace permettant le rappel du produit, aucun dispositif ne permet celui du patient.

Depuis le scandale du Mediator, la France, en matière d'outils de communication et de diffusion de l'information, n'a pas vraiment progressé. La récente crise du Levothyrox a démontré que le rappel du patient se fait malheureusement par voie médiatique, avec toutes les erreurs d'information qu'elle peut comporter. L'espace numérique doit donc devenir un outil capable d'améliorer les actions de rappel des patients.

Enfin, le volet numérique de votre projet de loi aborde le domaine de la e-prescription. Malheureusement, la France a pris beaucoup de retard à ce sujet. Son développement permettra d'éviter la délivrance de fausses ordonnances, grâce auxquelles certains organisent un juteux trafic, tel que celui du Subutex, dont notre pays est devenu le premier dealer.

J'aimerais également évoquer la situation des praticiens à diplôme hors Union européenne _ PADHUE. L'article 21 de votre projet de loi instaure un dispositif ad hoc et temporaire de résorption des situations de PADHUE exerçant au sein d'établissements de santé. Or ce dispositif ne permet pas de régulariser la situation de l'ensemble des personnes concernées.

En effet, votre texte valorise ceux qui ont exercé la médecine en contournant le système, dans des hôpitaux adoptant une lecture souple de la réglementation. Quidd de ceux n'ayant pas pu le faire ?

Il est très difficile d'expliquer aux Français que nous manquons de médecins, mais que ceux ayant obtenu leur diplôme à l'étranger ne peuvent pas travailler. En conséquence, je proposerai, dans le cadre de nos débats, un amendement visant à améliorer leur intégration.

Notre groupe a examiné avec beaucoup de sérieux le projet de réforme du système de santé, que beaucoup de nos concitoyens attendent. Nous avons mené de très nombreuses auditions, auprès d'un large panel d'acteurs concernés par ces enjeux, et espérons que certaines de nos propositions recueilleront un avis favorable de la majorité.

Madame la ministre, nous avons bien compris que votre texte est surtout structurel. Il vise à réorganiser le système de santé au profit du patient. Toutefois, s'il traite de la prise en charge du patient, nous regrettons qu'il ne soit fait mention des outils de la prise en charge, comme le médicament ou même la prévention, deux sujets sur lesquels il reste encore du chemin à parcourir.

Nous voulons à tout prix éviter le développement d'une France à deux vitesses, une France fracturée entre ceux qui ont les moyens de se soigner et ceux qui ne les ont pas. À travers ce texte, nous souhaitons voir chaque patient accéder aux meilleurs soins le plus rapidement possible. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UDI-Agir.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Huguette Bello.

Mme Huguette Bello. La délégation aux outre-mer a confié à notre collègue Ramlati Ali et à moi-même, à l'occasion de l'examen du présent projet de loi, une mission-flash sur la santé dans les outre-mer.

Deux points ont fait l'unanimité : la déception de constater que la situation sanitaire des outre-mer _ en dépit de leurs caractéristiques pourtant bien documentées _ n'a donné lieu à aucune mesure adaptée dans le texte _ à l'exception de la création d'une Agence régionale de santé à Mayotte, qui rejoint ainsi le droit commun ; et la confirmation que la logique de la différenciation doit bel et bien s'appliquer en matière de santé publique outre-mer, tant les situations sont variables d'un territoire à l'autre _ cette nécessité se vérifie sans doute encore davantage en matière d'offre de soins, laquelle est au cœur du projet de loi.

Ainsi, la médecine générale présente un tableau très disparate : La Réunion connaît une densité équivalente à celle de l'Hexagone, celle des Antilles est de 20 % inférieure, et celle de la Guyane de près de la moitié ; quant à Mayotte, le nombre de généralistes n'y dépasse pas vingt. Quant aux spécialistes, si le déficit est généralisé, il varie beaucoup en intensité.

Un autre exemple est fourni par le nombre de lits d'hôpitaux : la situation de la Martinique et de la Guadeloupe _ avant l'incendie du CHU _ est proche de celle de la France continentale, avec 569 lits pour 100 000 habitants, tandis que La Réunion et la Guyane comptent bien moins de 400 lits pour 100 000 habitants. À ce ratio, on répondra virage ambulatoire. À cette inégalité, on opposera le taux d'occupation des lits. C'est pourtant un des moments où les réalités doivent primer sur les normes abstraites, où la grande précarité, les topographies, les affections lourdes, les dépendances précoces et aussi cette inquiétante surmortalité prématurée _ à La Réunion, elle est de 23 % supérieure, par exemple _ doivent déterminer les critères et les politiques.

La psychiatrie demande aussi des politiques différenciées. Les Outre-mer n'échappent pas aux lourdes difficultés que notre collègue Martine Wonner a présentées de façon éclairante dans un récent rapport. Mais celles-ci y sont exacerbées, et singulièrement dans l'océan Indien qui fait partie des régions historiquement sous-dotées. Mayotte dispose de 10 lits en psychiatrie et d'un budget de 450 000 euros. Quant à La Réunion, il y manque environ 600 euros par patient, soit un total de 15 millions d'euros par an.

L'accumulation de retards et des déficits qui en résultent rend indispensable l'accélération du rattrapage qui a débuté en 2018. Mais, sept ans, c'est long, madame la ministre, pour une remise à niveau.

Les acteurs de la santé sont convaincus que la différenciation en matière de santé publique donnerait des résultats plus probants, notamment en ce qui concerne la prévention. Celle-ci est indispensable pour lutter contre les maladies infectieuses mais aussi contre les pathologies chroniques, au premier rang desquelles le diabète, contre la surmortalité qui entoure la naissance, contre les comportements à risques, contre les épidémies ; or la prévention est le parent pauvre, le parent très pauvre, de la médecine dans les outre-mer. Nous avons noté les mesures du plan « priorité prévention », mais nous partons de si loin, avec 3 euros par habitant, et nombre de nos indicateurs sont encore si dégradés, qu'il faudra mettre les bouchées doubles pour inscrire vraiment les outre-mer dans cette « révolution de la prévention » que le Président de la République appelle de ses vœux.

Il est impossible de ne pas aborder ici la situation financière des établissements de santé ultramarins, et notamment des centres hospitaliers universitaires, tant on les associe désormais systématiquement à des déficits colossaux. Or non seulement nos CHU n'ont pas ce monopole, puisque la moitié des CHU de France sont concernés, au point que la Cour des comptes parle de « déficit chronique » des CHU, mais ces chiffres recouvrent des situations fort différentes. Je tiens ici à rappeler que le déficit du CHU de La Réunion était de 21 millions en 2017, et que les aides de trésorerie pour le résorber iront de 7,5 à 4,5 millions d'ici à 2020. De même, le plan global d'investissement d'un milliard que tous les gouvernements se plaisent à mettre en avant se décline de manière fort différente selon les territoires.

Le regard uniforme et globalisant est source d'incompréhensions, et bien des acteurs de la santé à La Réunion ne comprennent pas les rigoureux plans de retour à l'équilibre _ les PRE _ qui leur sont imposés, assortis de suppressions de postes et de lits.

Une unanimité se dégage pour souligner que le coefficient géographique créé pour compenser les surcoûts lors de la mise en place de la tarification à l'activité, la T2A, n'est plus adapté à la réalité des coûts locaux et contribue au déficit. Le rapport Aubert préconise une révision de ce coefficient « recentré sur les surcoûts objectivables [...] et étendu aux quelques recettes actuellement non couvertes ». Pour La Réunion, qui n'a connu qu'une augmentation d'un point en douze ans, cette revalorisation apparaîtrait comme un préalable indispensable à toute autre mesure.

Je veux, pour conclure, souligner à nouveau la forte attente de nos compatriotes en matière de santé. À La Réunion aussi, vos décisions sont très suivies, madame la ministre. Et, dans l'immédiat, nous comptons sur vous pour empêcher le scénario inédit et dramatique d'une épidémie de dengue qui se prolongerait sur deux saisons chaudes. Le dernier niveau d'alerte du plan Orsec a été déclenché en juillet

dernier _ sans résultats. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR, FI et SOC. – Mmes Ramlati Ali et Justine Benin applaudissent également.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. L'accès aux soins est une préoccupation majeure des Françaises et des Français, et c'est aussi une priorité de notre majorité. À cet égard, je tiens à saluer le travail mené depuis plusieurs mois par nos collègues Stéphanie Rist et Thomas Mesnier, qui ont utilement nourri le texte que nous allons examiner.

Nous sommes attachés à notre système à la française, qui associe médecine hospitalière et médecine libérale. Pourtant, ce modèle s'essouffle. Vous l'avez dit, madame la ministre : notre système de santé a des forces, mais ces dernières décennies l'ont considérablement fragilisé.

Notre société a changé : aujourd'hui, nous devons faire face au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques. Cela crée des tensions, en particulier en matière d'accès aux soins : patients sans médecin traitant, délais d'attente excessifs pour accéder à certains spécialistes, et j'en passe.

Mais pas de fatalisme ! Il n'y a là rien d'inéluctable : les limites de notre système ne sont pas le fruit d'un problème de sous-financement, mais plutôt de défauts d'organisation. En effet, 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 et qui ne travaillent pas ensemble, ou pas suffisamment.

Notre système de santé est à bout de souffle et doit être repensé : c'est là, je crois, un constat que nous partageons, quelle que soit notre couleur politique. Les auditions que nous avons menées ces dernières semaines en témoignent.

Ce projet de loi incarne l'ambition du Président de la République : réformer pour mettre le patient au cœur de notre système de santé.

Je concentrerai mon propos sur le numérique, qui constitue l'un des axes majeurs de notre projet de transformation du système de santé. Car rien ne sera possible si l'on ne prend pas enfin en considération tout le bien que peut nous apporter le déploiement des outils numériques.

Je pense notamment à notre patrimoine de données de santé. Il est impératif que nous le mettions enfin au service de notre recherche, de nos praticiens, de nos citoyens, de nos start-up, afin de mieux prévenir et de mieux prédire les maladies. Un formidable potentiel est aujourd'hui à notre portée. Soyons-en sûrs, les freins ne sont pas d'ordre technique. Les acteurs que nous avons consultés, que nous avons entendus, nous disent tous le besoin d'un guichet unique qui puisse assurer un accès simplifié, effectif, accéléré et sécurisé aux données. C'est l'objectif de la création du « Health data hub » qui facilitera le partage des données en mettant en relation les producteurs et les utilisateurs, publics comme privés : à la clé, la création d'une médecine « 4P », c'est-à-dire préventive, prédictive, personnalisée, partagée. L'enjeu est de taille : il y va de l'excellence de notre système de soins, de son indépendance face aux intérêts étrangers et de la compétitivité de la France dans un domaine économique que l'on sait critique.

L'innovation au service de la santé, c'est envisager le numérique comme une opportunité et une chance de se transformer. La révolution numérique doit également apporter de nouveaux services aux usagers afin qu'ils dispo-

sent de leurs données de santé et de l'information nécessaire pour être acteurs de leur santé. Je veux parler de l'espace numérique de santé : chaque citoyen aura accès en ligne, dès le 1er janvier 2022, à son dossier médical partagé et à son carnet de vaccination électronique, mais aussi par exemple à toutes les applications de santé qu'il utilise sur son téléphone.

Je ne peux terminer mon propos sans évoquer la e-prescription, dont l'objectif est d'améliorer la qualité des prescriptions en faisant diminuer notamment les incompatibilités médicamenteuses. Nous reparlerons également du renforcement de la télémédecine ainsi que du télésoin pour les professionnels paramédicaux.

La transformation du système de santé constitue un engagement fort du Président de la République. Elle répond 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. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. J'ai été très attentive au texte qui nous a été soumis en commission des affaires sociales. Après l'avoir étudié, j'ai voulu, lors de votre première audition en commission pour laquelle j'avais fait un aller-retour depuis La Réunion, vous dire, madame la ministre, que je m'interroge sur la pertinence de ce texte pour les départements ultramarins. En une minute _ temps de parole qui m'était accordé _, ce fut une gageure !

Votre projet de loi veut régler le problème des déserts médicaux ; vous proposez notamment pour cela une nouvelle organisation de santé associant des plateaux techniques de haut niveau, une ouverture hôpital-ville et la consolidation des projets de communautés professionnelles territoriales de santé. Somme toute, vous souhaitez une perméabilité des pratiques et des territoires dans un ensemble continental organisé et en interconnexion entre départements et régions. Mais ce modèle que vous prévoyez pour l'Hexagone a-t-il une chance d'être efficient sur des territoires insulaires et éloignés du continent, et dont les niveaux de structuration de l'offre de soins sont très hétérogènes ?

Vous voulez tout d'abord que cette nouvelle organisation se construise autour un plateau technique de haut niveau. Or il n'en existe pas dans tous les départements d'outre-mer. Comment fait-on ? Lorsqu'il en existe, ils restent fragiles. Ainsi, Mme Bello l'a dit, à La Réunion, le CHU ne pourra faire face à la couverture de l'intégralité des surcoûts liés à l'insularité si le coefficient géographique n'augmente pas _ je rappelle à mon tour que la dernière augmentation, d'un seul point, remonte à dix ans. Très concrètement, un exemple de surcoût : le mètre cube d'oxygène coûte aujourd'hui à un CHU de l'Hexagone environ 50 centimes ; à La Réunion, il coûte 3,16 euros.

Vous voulez ensuite développer les projets de communautés professionnelles territoriales de santé. Je note d'abord que, dans l'étude d'impact, le tableau de ventilation des projets n'identifie pas les outre-mer. Ensuite, pour faire communauté, il faut des professionnels, et si pour certaines disciplines dans certains territoires nous nous rapprochons de la moyenne nationale, pour d'autres, nous en sommes loin. Ainsi, la densité totale des médecins en Hexagone est de 340 pour 100 000 habitants ; elle est de 221 en Guyane, de 225 en Guadeloupe, de 81 à Mayotte. Pour les pharmaciens, la densité est d'environ 113 pour 100 000 habitants dans

l'Hexagone, et en moyenne de 81 pour les départements d'outre-mer. Pour le médico-social, nous sommes tous en dessous des moyennes nationales et, pour certains, de façon considérable.

Troisièmement, vous définissez une nouvelle stratégie pour des territoires isolés, n'ayant pas rattrapé la moyenne nationale en termes d'infrastructures, mais dans lesquels de surcroît la fréquence de certaines pathologies dépasse la moyenne nationale, dans un contexte socio-économique tendu.

L'espérance de vie est, pour tous nos territoires, inférieure à la moyenne nationale. Pour certains, cet écart est réduit : c'est la preuve que, pour certains territoires, les rattrapages opérés depuis quarante ans ont été efficaces. Mais attention, madame la ministre : ne cassez pas ces dynamiques, qui restent très fragiles !

Pour certaines maladies, vous le savez, les taux de prévalence sont particulièrement élevés dans les outre-mer, ce que la Commission nationale consultative des droits de l'homme a souligné dans son avis adopté le 17 octobre 2017. Ainsi en va-t-il de la mortalité maternelle et périnatale : de 9,2 dans la région Grand Est, elle monte à 19,1 en Guyane, à 18,6 à la Martinique, ou à 13,7 à La Réunion. La mortalité infantile est de 3,7 en moyenne en France quand elle est de 7,6 pour les départements et territoires d'outre-mer hors Mayotte. C'est beaucoup trop ! Concernant le diabète, son taux de prévalence est de 10,2 % à La Réunion et de 8,9 % en Guadeloupe, alors qu'il est inférieur à 5 % au niveau national. Les proportions sont les mêmes, à chaque fois, qu'il s'agisse des AVC, des cancers, des maladies chroniques... Il est urgent d'agir !

Nos territoires sont différents les uns des autres, mais ils ont un point commun : leur isolement vis-à-vis de la France hexagonale. Il n'y a donc pas pour nos malades de possibilité de maillage territorial _ à moins de prendre l'avion. Que faire lorsque nos plateaux techniques ne sont pas à la hauteur, lorsque le nombre de nos professionnels est très insuffisant ? Nous ne sommes pas armés pour créer des CPTS complètes : souvent, l'offre médicale n'est pas complète, et lorsqu'elle l'est, les densités sont très en dessous des moyennes nationales _ alors même que la plupart de nos territoires comptent bien plus d'habitants au kilomètre carré que l'Hexagone.

Mme la présidente. Veuillez conclure.

Mme Ericka Bareigts. Dès lors, les conditions ne me semblent pas remplies pour créer des CPTS. En coordonnant des territoires pauvres en infrastructures, on n'en fait pas des ensembles plus riches.

Dans ces conditions, les députés ultramarins ont décidé de déposer en commun des amendements pour ouvrir le débat avec vous, sans beaucoup d'espoir sur le sort qui leur sera réservé, mais avec la détermination de faire entendre la France océanique lors de l'examen de cette réforme continentale. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOC, Fi et GDR. _ Mme Justine Benin applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Bilde.

M. Bruno Bilde. « Bonjour, nous avons une information à vous transmettre. Votre état de santé s'est dégradé. Votre poumon ne marche plus. Vous allez bientôt mourir. » Le 4 mars dernier, ce message glacial a été communiqué à Ernest Quintana, un Californien de 79 ans, la veille de son décès. C'est un robot portant un écran vidéo qui est entré dans sa chambre à l'hôpital pour lui apprendre la triste nouvelle.

Voilà, madame la ministre, où peut nous mener la déshumanisation totale de la médecine. Ce que certains osent appeler un « progrès », je le nomme « enfer » et « régression ». Or, alors que les deux priorités de la médecine française devraient être la proximité et l'humanité, vous décidez, sur le modèle américain, d'effectuer le mouvement inverse en déployant massivement la télémédecine et les télésoins.

Il ne s'agit pas de regarder dans le rétroviseur, loin de là, mais un ordinateur, un robot ou une machine ne pourront jamais remplacer la relation réelle avec un professionnel de santé. Parler, écouter, ressentir, palper, ausculter : ces actes répétés depuis des siècles conservent toute leur modernité et leur nécessité.

Ce projet de loi témoigne d'une vision technocratique et industrielle de la médecine. La seule chose que vous organiserez avec ce texte, madame la ministre, c'est la mort programmée d'un système de santé déjà agonisant.

En vingt ans, quatre-vingt-quinze services d'urgence ont été fermés. À l'heure où nous discutons, dans de très nombreux départements ruraux, la santé de proximité est placée en soins palliatifs par des agences régionales de santé avides de rentabilité et de mutualisations.

En vingt ans, la moitié des maternités ont été supprimées et le nombre de lits obstétricaux a quasiment été divisé par deux, alors que la natalité, elle, n'a pas baissé.

À la campagne, les futures mamans appréhendent le grand jour et les complications éventuelles d'un accouchement pratiqué dans une ambulance ou un camion de pompier.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. N'est-ce pas un peu caricatural ?

M. Bruno Bilde. Vos hôpitaux de proximité sont voués à l'échec. Sans moyens, sans projet, dépourvu du personnel nécessaire, ils seront réduits à l'impuissance. L'illusion de proximité masquera dans nos régions la dégradation de la médecine. Dans la pratique, en effet, il faudra parcourir toujours plus de kilomètres pour être opéré en urgence, avec toujours moins de chances de survie.

Vous nous dites que la suppression du *numerus clausus* mettra un terme à la désertification médicale. Avec cette mesure, qui ne prendra effet qu'en 2032, lorsque la promotion 2020 aura achevé ses études de médecine, vous vous trompez de problème et vous passez à côté de la solution.

Si le nombre de médecins est effectivement insuffisant au regard de la population française, le véritable problème est l'inégale répartition des praticiens dans l'ensemble du territoire national. Si tous les futurs médecins s'installent à Saint-Tropez plutôt que dans le bassin minier, la suppression du *numerus clausus* n'aura aucun bénéfice.

Vous vous refusez pourtant à contraindre les médecins d'exercer pendant quelques années dans les territoires fragiles ou à consacrer les moyens nécessaires pour encourager les installations. Si la rémunération des professionnels de santé était doublée dans les déserts médicaux, le problème serait déjà réglé !

La suppression du *numerus clausus* pose aussi la question de la formation, avec le risque d'avoir une médecine au rabais. Si une sélection est nécessaire en première année pour s'assurer de la qualité des étudiants et évaluer leur socle de compétences, elle doit être guidée non plus par la seule compétition mais aussi par le besoin d'humanité et d'empathie.

Autre mesure inepte : la création de postes d'assistants médicaux confinés à des tâches administratives et des actes simples, pour optimiser le rendement.

Pour vous, la santé est une affaire de chiffres, de nombre d'actes et non de qualité des soins. Avec votre objectif de dégager du temps médical, on ne soignera pas mieux ; on soignera à la chaîne.

Ce projet de loi est finalement tout sauf une surprise. Malgré les appels au secours exprimés lors du grand débat national, vous n'entendez toujours rien.

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry, dernière oratrice inscrite.

Mme Delphine Bagarry. Engagée et ancrée dans un territoire rural, médecin de campagne de profession, je me réjouis de pouvoir débattre d'un texte qui porte une grande ambition pour les Françaises et les Français : améliorer notre système de santé.

Cette amélioration commence par les études médicales, avec la suppression du *numerus clausus*, qui permettra aux universités de recevoir 20 % d'étudiants en plus en second cycle, et celle de la PACES et des épreuves classantes nationales, au profit d'une nouvelle approche : outre ses connaissances médicales, l'expérience de l'étudiant et son projet professionnel seront désormais pris en considération.

Le projet de loi reprend ainsi les propositions du professeur Jean-Paul Saint-André et répond aux souhaits exprimés par les jeunes médecins, les étudiants et les doyens de nos universités. Il s'agit non seulement de former plus de praticiens, mais également de faire en sorte que les étudiants en médecine s'épanouissent au cours de leurs longues études et ne choisissent pas leur spécialité par défaut.

Il convient de souligner à quel point le projet de loi permettra de diversifier le recrutement des professionnels de santé. Ainsi, les études de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ne seront plus réservées aux seuls scientifiques. Les étudiants en sciences humaines et sociales pourront également accéder à ces professions qui requièrent sens de l'écoute, empathie et réflexion éthique.

Ce texte est donc tourné vers l'avenir : la diversification du recrutement des étudiants, source de richesse, est un moyen de répondre aux questions philosophiques et déontologiques que ne manqueront pas de se poser les professionnels de santé face aux progrès scientifiques et technologiques et au vieillissement de la population.

Le projet de loi se caractérise également par la lucidité face à une démographie médicale en baisse. Cet enjeu crucial en termes d'accès aux soins ne sera en effet pas résolu par la seule suppression du *numerus clausus*. Pour y répondre, la notion d'interprofessionnalité a été placée au cœur des titres Ier, II et III. Il s'agit de favoriser, dès les premières années d'études, le travail partagé entre professionnels de santé, de mettre au point une meilleure organisation territoriale et de s'appuyer sur les nouveaux outils que nous offre le numérique.

La coopération est non seulement un atout, mais aussi un besoin, une évidence, dont le législateur doit se saisir. À cet égard, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a vu juste en prévoyant la possibilité de créer des communautés professionnelles territoriales de santé.

L'article 7 vise à consolider ces CPTS. Il reviendra aux professionnels de la santé et du champ médico-social de définir les projets territoriaux de santé avec les élus et les usagers, en application du principe de subsidiarité qui confie à l'échelon le plus compétent, le plus pertinent – le

bassin de vie _ la tâche d'organiser l'offre territoriale de soins. C'est en effet à cette échelle que le territoire se sent vécu et partagé.

Avec l'hôpital de proximité, le projet territorial de santé constituera la clef de voûte de l'organisation des soins, notamment des soins de premier recours. Face à une offre de soins raréfiée, les Françaises et les Français en appellent en effet à la compétence, ou à la montée en compétences de chacun.

À ce sujet, l'examen en commission a permis l'adoption d'un amendement qui m'est cher : il tend à donner au pharmacien, selon un protocole déterminé et de façon coordonnée, la possibilité de délivrer des médicaments à prescription médicale obligatoire. Cette mesure, maintes fois évoquée depuis le mois d'octobre lors de tous nos débats consacrés à la santé, serait applicable à partir du 1^{er} janvier 2020. Mobilisant le savoir de tous les soignants, elle serait de nature à simplifier la vie des patients et à favoriser, en toute sécurité, l'accès aux soins pour tous.

Enfin, le projet de loi s'appuie sur les outils du numérique disponibles pour rendre le système de santé plus performant, qu'il s'agisse de la recherche ou de l'utilisation des données de santé par et pour les usagers. Le « health data hub » doit ouvrir, mieux encore que nous le faisons aujourd'hui, les données de santé pour améliorer la recherche dans ce domaine. Quant à l'espace numérique de santé, il constituera pour chaque individu un outil personnel lui permettant de devenir acteur de son parcours de soins.

Ce projet de loi, mes chers collègues, porte en lui une confiance en l'avenir, une confiance dans les territoires, une confiance dans tous les professionnels de santé et les usagers. C'est un texte de progrès qu'il nous revient de faire aboutir. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODÈM.)*

Mme la présidente. La discussion générale est close.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. De nombreux orateurs ont souligné la qualité des travaux réalisés en commission ; je tiens à cet égard à remercier la présidente de la commission des affaires sociales, qui nous a permis, grâce à une réflexion commune et l'adoption de nombreux amendements issus de tous les bancs de l'hémicycle, d'élaborer sereinement le contenu de ce projet de loi.

Je souhaite aussi profiter de cette intervention pour répondre aux remarques qui m'ont été adressées.

Monsieur Ramadier, vous avez affirmé que le projet de loi se contentait d'adapter le système, sans chercher à le transformer. Cela n'est pas vrai : la transformation est réelle.

Ce texte, je tiens à le rappeler, ne constitue qu'un élément de la vaste réforme de notre système de santé, mais un élément déjà suffisant pour le transformer en profondeur, grâce aux dispositions relatives aux hôpitaux de proximité, à celles qui modifient fondamentalement les premier et deuxième cycles des études de médecine, à la recertification des professionnels de santé, sans même parler des négociations conventionnelles menées avec les médecins autour des CPTS.

De plus, ce projet opère un vrai virage en faveur de l'usage du numérique en matière de santé. Si nous avions déjà commencé par introduire la télémedecine dans le PLFSS, nous allons beaucoup plus loin aujourd'hui avec le télésoin et l'espace numérique de santé.

Il s'agit donc d'un texte porteur de grands changements, probablement le plus novateur de ces vingt dernières années.

Madame Fiat, vous avez identifié quatorze besoins politiques à satisfaire. Sachez que le statu quo n'est pas de mise. Ce projet de loi est justement destiné à nous orienter vers un système de santé beaucoup plus performant, plus efficient, le tout au bénéfice de nos concitoyens. Ne pas l'adopter, ce serait se satisfaire du statu quo.

S'agissant des moyens, je veux revenir sur les nombreuses contrevérités dont M. Dharréville et vous avez pu vous faire l'écho. Il est faux d'affirmer qu'il y a une réduction des moyens.

M. Pierre Dharréville. J'ai parlé d'une « compression » des moyens !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cette année est la première au cours de laquelle nous augmentons considérablement les moyens pour l'hôpital. Nous augmentons les tarifs, nous supprimons complètement le gel décidé en 2018, et nous ajoutons même 300 millions d'euros. Ce sont les gages d'une véritable transformation.

Vous évoquez aussi la problématique du secteur médico-social. Vous le savez, après une concertation avec les citoyens français et la réunion de nombreux groupes de travail sur le grand âge et l'autonomie, nous avons pris des engagements. Ils aboutiront à un projet de loi prenant en compte les problèmes des EHPAD, de leurs résidents comme des professionnels qui y travaillent.

Là encore, vous nous faites un procès que je trouve un peu outrancier compte tenu de l'énergie que nous dépensons pour rendre tous les secteurs de la santé aptes à répondre aux besoins de nos concitoyens.

Monsieur Dharréville, vous avez évoqué la « compression » et la « marchandisation » de la santé. Je le répète, il ne s'agit pas d'une compression puisque, cette année plus que jamais, les moyens sont en constante augmentation.

Mme Huguette Bello. Ce n'est pas vrai !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il n'y a pas non plus de marchandisation, loin de là. Vous avez appelé à une protection vigoureuse des données de santé des Français. Nous partageons ce souhait. Tous les amendements adoptés en commission ou qui devraient l'être en séance visent justement à améliorer l'encadrement des données de santé et à en interdire la vente à quiconque. Nous partageons donc entièrement cette ambition de sécuriser au maximum les données de santé de nos concitoyens.

Madame Dubié, vous avez évoqué une concentration des moyens aboutissant à des fermetures de maternités et de services d'urgence. Ce n'est pas ma faute si, aujourd'hui, nous manquons de moyens humains ; ce n'est pas faute si, pendant trente ans, le numerus clausus n'a pas permis d'anticiper les besoins de santé ; ce n'est pas ma faute si les services ne sont pas à même de fonctionner. Aussi, vous le savez bien, la question ne se réduit-elle pas aux moyens financiers même si leur restructuration sur le territoire est essentiellement rendue nécessaire par l'absence de moyens humains permettant l'utilisation de la totalité de l'expertise et des compétences en proximité. C'est pourquoi je prône une réorganisation et une meilleure gradation des soins.

Vous êtes revenu, monsieur Isaac-Sibille, sur notre choix d'avoir recours aux ordonnances et sur le souhait des parlementaires d'être associés à leur rédaction. Je prends de nouveau l'engagement, comme en commission, de vous associer à la rédaction et à l'examen des ordonnances en

commission des affaires sociales, avant leur dépôt. Je me suis également engagée à ce qu'elles fassent l'objet d'une étude d'impact afin que les parlementaires, avant de décider, aient une connaissance complète des données.

Je dois admettre, monsieur Aviragnet, que j'ai été assez surprise du ton de votre intervention – elle détonne en effet par rapport à la plupart des autres. J'entends bien que l'on fasse part de réserves sur de nombreux points, mais j'entends aussi, ça et là, le satisfecit de tel ou tel député sur tel ou tel amendement. Vous avez évoqué le « royaume de Macron », je vous rappelle qu'il s'agit du Président de la République. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM et sur de nombreux bancs du groupe UDI-Agir.*) Vous décelez de notre part un certain mépris; or c'est le ton de votre intervention qui, pour le coup, était très méprisant. J'ai connu un groupe socialiste force de proposition, ce qui n'a pas été le cas ici et croyez que je le regrette. (*Mêmes mouvements.*)

M. Sylvain Maillard. C'est plutôt la force de la caricature!

M. Joël Aviragnet. Sans vous, il n'y aurait pas de gilets jaunes!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Christophe, vous avez indiqué qu'il fallait se montrer vigilant quant à l'engagement que j'ai pris devant vous d'associer les parlementaires à la réforme. Je crois avoir donné de nombreux gages, pendant les travaux en commission, sur le fait que j'entendais votre demande d'être associés à la fois aux projets territoriaux, à la gouvernance des GHT et à celle des ARS.

M. Thierry Benoit. M. Christophe acquiesce, je l'observe!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Là encore, je prends l'engagement, monsieur Christophe, que vous serez largement consultés lorsque les ordonnances seront présentées devant les commissions.

Vous avez ensuite évoqué de nombreux sujets qui figurent dans le texte, comme l'obligation d'améliorer la délégation de tâches face à une désertification médicale que je qualifierai d'incompressible pour les quelques années qui viennent en raison du temps qu'il faudra pour former des médecins. Vous êtes revenu également sur la nécessité de ne pas rigidifier les CPTS. Nous en avons discuté en commission. Nous défendrons un amendement de nature à rassurer les parlementaires sur le fait que les initiatives doivent en effet provenir du terrain et que c'est la volonté des professionnels de s'organiser qui sera privilégiée. Quant à la réforme des ARS, sachez que si elle n'est pas prévue par le projet de loi, je propose régulièrement – je rencontre leurs représentants chaque mois – de modifier leur management et la façon dont elles organisent les délégations territoriales, afin qu'elles se rapprochent le plus possible des élus.

Vous considérez l'espace numérique en santé comme un outil qui permettra de mieux toucher les citoyens – en effet. Comme vous, je suis sensible au fait que des informations ne leur parviennent pas, notamment concernant les médicaments. Or cet espace numérique en santé sera certainement un moyen indispensable pour être au plus près des besoins de nos concitoyens et pour leur apporter l'information qu'il convient. Je rappelle que la présente réforme vise à réduire les fractures territoriales, à répondre à ce que vous nommez la médecine à deux vitesses.

Vous considérez, madame Bello, qu'aucune de nos mesures n'est adaptée aux territoires d'outre-mer.

Mme Huguette Bello. C'est vrai!

Mme Agnès Buzyn, ministre. En fait, de nombreuses mesures concernant l'outre-mer figuraient déjà dans le plan d'urgence d'accès aux soins – je pense à la création de 200 postes d'assistants spécialistes dédiés à l'outre-mer qui commencent dès à présent à s'y installer. Je pense également au rapport que j'ai demandé à Jean-Marc Aubert pour améliorer la tarification des établissements afin qu'elle tienne compte des spécificités ultramarines. Le rapport, Mme Bareigts l'a évoqué, m'a été remis. Nous répondrons, à l'occasion de l'examen de vos amendements, à votre inquiétude; reste que tout le texte vise à accepter la différenciation puisqu'à l'évidence il y a une spécificité des territoires d'outre-mer. Cette spécificité pourra être prise en compte puisque les organisations cherchent à s'adapter au plus près aux besoins des territoires. Je comprends donc bien vos demandes mais, dès lors que nous facilitons la différenciation, que nous admettons que chaque territoire trouve sa propre organisation, c'est à l'évidence le cas également pour les territoires d'outre-mer.

Il a par ailleurs été beaucoup question de prévention. Elle est essentiellement financée par le fonds d'intervention régional et le FIR dédié à la prévention est, je crois, trois fois supérieur en outre-mer que dans le reste du territoire national. Votre demande est donc ici aussi déjà prise en considération.

Madame Gaillot, vous rappelez, comme Mme Bagary, que la réforme répond aux besoins émanant des territoires. Nous y sommes sensibles.

Pour vous aussi, madame Bareigts, le projet de loi doit intégrer les spécificités ultramarines. Nous aurons l'occasion d'en discuter demain. Nous devons en particulier renforcer la capacité de formation des médecins issus des territoires d'outre-mer afin qu'ils puissent y revenir. Je rappelle néanmoins que la tarification et les délégations de tâches seront facilitées et pourront donc être adaptées. Il est difficile de faire une réponse globale tant chaque territoire d'outre-mer a ses particularités.

Vous avez évoqué un robot, monsieur Bilde. Or la télémédecine, ce n'est pas un robot tant il est vrai qu'elle vise à rapprocher les professionnels des citoyens en difficulté. Prenons l'exemple des EHPAD. Nous les équipons tous de moyens de télémédecine afin que l'infirmière de garde la nuit ou que l'aide-soignante seule dans l'établissement et qui se trouve en difficulté puisse précisément joindre un médecin en urgence. C'est donc une façon de rapprocher les hommes dans des territoires éloignés et c'est donc tout le contraire de la caricature que vous venez de dresser.

Je trouve cela dommage car tout le but du projet de loi, vous l'avez compris, consiste à répondre aux difficultés de nos concitoyens à accéder à un médecin, à fluidifier et à coordonner un parcours de santé où chaque professionnel de santé a sa place, travaille en communauté avec le professionnel voisin. Il s'agit en outre de simplifier le parcours à l'hôpital avec la gradation des soins, dispositif grâce auquel chaque établissement de santé sait exactement ce qu'il a à faire et pour quoi il est financé. Le texte permettra une meilleure lisibilité et une meilleure structuration du système de santé, un système qui répond aux besoins d'aujourd'hui et qui s'adaptera à ceux de demain. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures dix.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA