



N° 1762

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 mars 2019.

AVIS

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES ET DE L'ÉDUCATION SUR LE PROJET DE LOI *relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*,

PAR M. GAËL LE BOHEC,

Député.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1681 et 1767.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
PRINCIPAUX APPORTS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES ET DE L'ÉDUCATION	8
I. LA RÉFORME DE LA PREMIÈRE ANNÉE COMMUNE AUX ÉTUDES DE SANTÉ : UNE NÉCESSITÉ POUR REMÉDIER AU GÂCHIS	9
1. Un accès aux études de santé aujourd'hui conditionné par un concours.....	9
2. Des critiques récurrentes qui ont d'ores et déjà conduit à des aménagements expérimentaux	10
3. La nécessité d'une profonde réforme des études de santé	15
a. La suppression de la PACES au profit d'une orientation progressive des étudiants	15
b. La poursuite de la réforme par la voie réglementaire	17
c. Les conditions de réussite de la réforme	18
II. DES MODALITÉS RÉNOVÉES D'ACCÈS AU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES DE MÉDECINE	21
1. L'accès à l'internat : le couperet des épreuves classantes nationales	21
2. La suppression des épreuves classantes nationales pour un parcours choisi	23
COMPTE RENDU DES DÉBATS EN COMMISSION	25
Réunion du lundi 11 mars 2019 à 17 heures	25
I. DISCUSSION GÉNÉRALE	25
II. EXAMEN DES ARTICLES	43
Article 1 ^{er} : Rénovation de l'accès aux études médicales et suppression du <i>numerus clausus</i>	43
Après l'article 1 ^{er}	45
Article 2 : Réforme du deuxième cycle des études médicales et suppression des « épreuves classantes nationales » (ECN)	46
Après l'article 2	50

ANNEXES	53
ANNEXE N° 1 : LISTE DES AUDITIONS CONDUITES PAR LE RAPPORTEUR	53
ANNEXE N° 2 : LE PARCOURS PLURIPASS MIS EN PLACE PAR L'UNIVERSITÉ D'ANGERS	55

AVANT-PROPOS

*« Ce système fait des enfants mais il les laisse sur
le chemin et il oublie que s'il existe, c'est pour
gérer des êtres humains*

*On avance tous tête baissée sans se soucier du
plan final*

*Le système s'est retourné contre l'homme, perdu
dans ses ambitions,
L'égalité est en travaux et il y a beaucoup trop de
déviation »*

*Extraits de Course contre la honte,
Grand Corps Malade et Richard Bohringer*

Les études de médecine sont aujourd'hui, en France, marquées par la présentation de deux concours, vécus comme autant de couperets successifs et d'obstacles à la réalisation des vocations personnelles : le premier, à l'issue d'une ou plusieurs années de préparation, permet l'accès au premier cycle des études de médecine ; le second, à l'issue des trois années d'études que représente le deuxième cycle, détermine la spécialisation des futurs médecins, ainsi que la localisation géographique de leur internat.

Ces deux concours présentent aujourd'hui les mêmes effets pervers : réalisés sous forme de questions à choix multiples, ils visent à évaluer des connaissances théoriques pléthoriques sans égard pour les compétences cliniques et humaines nécessaires à l'exercice des professions de la santé ; ils sélectionnent et classent les candidats sur la base de leur capacité à ingérer un grand nombre de connaissances et à résister à la pression ; ils favorisent une compétition malsaine entre des étudiants qui devront, demain, travailler en interdisciplinarité ; ils font de la formation un bachotage perpétuel et plongent les étudiants dans un mal-être continu.

« Gâchis », « boucherie », « massacre », « désastre pédagogique », « difficultés psychosociales » : voici comment est aujourd'hui qualifié le concours qui sanctionne la première année commune aux études de santé et qui assure également l'accès aux filières d'odontologie, de pharmacie et de maïeutique. De très nombreux bacheliers d'excellent niveau sont ainsi évincés, chaque année, non seulement de ces professions, mais plus largement d'un système universitaire qui peine à les garder en son sein tant leur dégoût est grand. Ce fonctionnement entraîne une perte de confiance avérée pour les étudiants au profil pourtant intéressant et ayant réussi jusqu'au lycée.

Au-delà de cette perte dommageable pour nos universités, qui induit, au-delà du profond mal-être étudiant, des difficultés de reconversion et d'insertion professionnelle, c'est le système de santé dans son ensemble qui pâtit aujourd'hui d'un dispositif inadapté. *Le numerus clausus*, détourné de son esprit initial pour

répondre aux besoins de la population, n'a jamais pu remplir cette fonction. Trop longtemps maintenu à un faible niveau, son augmentation récente, au cours des dernières années, n'a pas encore porté ses fruits du fait de la durée des études de médecine.

De fait, les comparaisons internationales montrent que le problème de la désertification médicale n'est pas tant lié au nombre total de médecins qu'à leur inégale répartition sur le territoire. Or, les études de médecine, par leurs modalités actuelles, contribuent largement à cette situation : en ne donnant à voir aux étudiants que les grands centres urbains disposant d'un centre hospitalier universitaire, ces études ne favorisent nullement leur dissémination, dans des pratiques différentes, sur les territoires. Comment espérer répondre aux besoins des populations quand le système de formation constitue l'un des vecteurs de la désertification médicale ?

À l'évidence, une profonde réforme s'impose.

La stratégie « *Ma santé 2022* » que le Président de la République a lancée en septembre 2018 vise précisément à proposer une réponse globale aux défis auxquels doit faire face notre système de santé, qu'il s'agisse de la question de l'inégalité dans l'accès aux soins, de l'exercice même de leur art par les professionnels aspirant aujourd'hui à un exercice plus collégial ou encore de la manière dont ils sont formés. Ce dernier point fait l'objet, de façon logique, des deux premiers articles du présent projet de loi, dont la commission des Affaires culturelles et de l'Éducation a souhaité se saisir pour avis.

Le projet de loi a vocation, en premier lieu, à réformer de façon profonde l'accès aux études de santé et, en leur sein, les études de médecine, afin de permettre aux étudiants de dessiner un véritable parcours de réussite répondant à leurs aspirations, en lieu et place des modalités de sélection par l'échec en vigueur aujourd'hui.

Pour ce faire, le système se voit profondément remanié : à un système à entrée et sortie uniques doit succéder, pour le premier cycle, un dispositif d'entrées et de sorties multiples qui, sans sacrifier à l'exigence de sélectivité qui garantit le niveau de compétences élevé des futurs praticiens, se veut nettement plus ouvert. Il doit ainsi permettre aux étudiants inscrits en études de santé de poursuivre de façon plus fluide d'autres études, mais aussi assurer la diversification des voies d'accès aux études de santé, notamment en intégrant, en cours de cursus, des étudiants issus d'autres horizons.

La volonté de diversifier les profils des étudiants en santé, qu'il s'agisse de leurs bagages scolaires et universitaires, de leurs origines sociales comme territoriales, mais aussi de leurs éventuelles situations de handicap, doit être au cœur de la réforme. Permettre aujourd'hui une telle diversité est indispensable à l'exercice des professions de santé de demain, dont les contours demeurent pour

l'heure inconnus. Une agilité des formations s'avère ainsi nécessaire afin de maintenir le haut niveau français d'études.

En deuxième cycle des études de médecine, le concours de sortie tel qu'il existe aujourd'hui est supprimé au profit d'épreuves permettant d'évaluer les compétences et la cohérence du parcours de l'étudiant au regard de son projet professionnel. C'est en réalité tout le deuxième cycle qui sera transformé par la suppression des épreuves classantes nationales qui focalisent aujourd'hui toute l'attention des étudiants ; c'est aussi le troisième cycle – l'internat – qui évoluera, en permettant aux étudiants de construire un parcours qui leur ressemble. C'est également sur ce niveau d'études qu'il faudra intervenir pour répondre à la désertification médicale.

Les objectifs fixés par le projet de loi sont donc particulièrement ambitieux : il ne s'agit pas uniquement d'une réforme des études de santé, mais bien d'une réforme systémique qui touche potentiellement toutes les autres composantes des universités. Les expérimentations qui ont été menées depuis plusieurs années dans de nombreuses universités prouvent cependant que ces objectifs sont à la fois opportuns, en ce qu'ils répondent à des attentes fortes des étudiants et de la communauté universitaire, et atteignables. Cette expérience constitue un réel gage de réussite dans la mise en œuvre de la réforme, que tous les acteurs appellent de leurs vœux.

L'objectif est donc clair : favoriser la réussite plutôt que l'échec. Cela étant, la réussite de cette réforme majeure suppose aussi qu'un certain nombre de préalables soient pris en compte à leur juste mesure. Notamment, la question des moyens et des capacités de formation des universités, dans toutes les composantes qui seront concernées, se pose avec une acuité particulière eu égard au nombre d'étudiants qui se projettent aujourd'hui dans des professions médicales. Ce, d'autant plus qu'il n'est pas impossible que l'entrée en vigueur de la réforme ait un effet attractif à la fois sur nombre d'étudiants français aujourd'hui scolarisés à l'étranger et sur les étudiants étrangers qui pourraient être incités à venir effectuer leurs études dans notre pays. À cet égard, il sera essentiel de l'anticiper et de rassurer la communauté universitaire quant aux moyens qui faciliteront l'acceptation et la mise en œuvre de la réforme.

Le succès de la réforme passera enfin par sa compréhension par les principaux intéressés : les lycéens et leurs parents. Sur ce point, si l'on souhaite faire reculer l'autocensure qui conduit nombre d'étudiants à renoncer à ces études pour des raisons financières, territoriales ou sociales, il sera impératif d'informer efficacement tous ceux qui, aujourd'hui, participent à l'orientation des lycéens et de conduire des actions renforcées à l'égard de certains d'entre eux. Si cette mesure est le prolongement logique de la réforme du lycée, elle doit aussi s'accompagner d'un approfondissement conséquent de la politique d'orientation des lycéens et des étudiants, notamment par le biais d'une plus forte implication des universités.

PRINCIPAUX APPORTS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES ET DE L'ÉDUCATION

Lors de son examen du présent projet de loi, le lundi 11 mars 2019, la commission des Affaires culturelles et de l'Éducation a émis un avis favorable à l'adoption de ses articles 1^{er} et 2, sous réserve des amendements qu'elle propose.

– À l'article 1^{er}, la commission a adopté un amendement du rapporteur précisant que les formations des études de santé favorisent, par leurs modalités d'accès et leur organisation, la **répartition optimale des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé**.

Elle a également adopté un amendement du rapporteur renvoyant au pouvoir réglementaire la tâche de **fixer aux universités des objectifs de diversification des voies d'accès aux études de santé**.

– À l'article 2, la commission a adopté un amendement du rapporteur tendant à assurer la **prise en compte des situations de handicap dans l'affectation par subdivision territoriale et spécialité** des étudiants ayant passé avec succès les épreuves de fin de deuxième cycle.

Elle a également adopté, avec un avis de sagesse du rapporteur, un amendement de M. Michel Larive prévoyant la **délivrance d'un enseignement relatif aux violences faites aux femmes, aux stéréotypes de genre et au respect du corps d'autrui**.

Enfin, elle a adopté un amendement du rapporteur rendant obligatoire, pour les internes, la **réalisation d'un stage de six mois dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins**.

I. LA RÉFORME DE LA PREMIÈRE ANNÉE COMMUNE AUX ÉTUDES DE SANTÉ : UNE NÉCESSITÉ POUR REMÉDIER AU GÂCHIS

1. Un accès aux études de santé aujourd'hui conditionné par un concours

La première année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de maïeutique est commune aux étudiants qui se destinent à ces filières. Le nombre des étudiants admis en deuxième année dans chacune des filières à l'issue de cette **première année commune aux études de santé (PACES)** est limité par la voie règlementaire. Ce *numerus clausus* est aujourd'hui déterminé conjointement par les ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur en tenant compte de différents critères : les besoins de la population, la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et les capacités de formation des établissements ⁽¹⁾.

Pour l'année 2017-2018, ces *numerus clausus* ont été fixés, pour l'ensemble des universités, à 8 205 pour la filière médicale, 991 pour les études de sage-femme, 3 124 pour la pharmacie et 1 203 pour l'odontologie. Ainsi, pour l'année considérée, **13 523 places étaient offertes pour 57 791 étudiants inscrits en première année, soit un contingent d'un peu plus de 23 %**. Ces places font aujourd'hui l'objet d'une répartition au niveau territorial, par établissement. À titre d'exemple, l'université de Nantes proposait en 2018, pour 1 565 inscrits en PACES, 223 places en médecine, 39 places en odontologie, 27 places de sage-femme et 102 places en pharmacie. Un **quota complémentaire** est également ouvert pour certaines **professions paramédicales en exercice**, comme celle d'infirmier, de sage-femme ou kinésithérapeute, et justifiant de deux ans d'exercice minimum ⁽²⁾⁽³⁾ ainsi que pour les **étudiants étrangers non européens** inscrits en première année commune aux études de santé ⁽⁴⁾.

Au total, **seuls 30 % des élèves inscrits en PACES accèdent aux filières contingentées** ⁽⁵⁾, le plus souvent après un redoublement, par le biais des concours organisés en fin d'année universitaire. Les étudiants passent ainsi les épreuves des unités d'enseignement (UE) communes – qui peuvent recevoir des coefficients différents selon la filière visée – mais également, au second semestre,

(1) L. 631-1 du code de l'éducation.

(2) Arrêté du 27 décembre 2017 fixant le nombre complémentaire d'étudiants admis, à l'issue des épreuves de la première année commune aux études de santé organisées lors de l'année universitaire 2017-2018, à poursuivre des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

(3) Ce quota ne pouvant excéder 3 % du quota principal, seules 88 places étaient offertes à ce titre en 2018.

(4) Le *numerus clausus* peut ainsi être majoré dans la limite de 8 %, lorsque ces étudiants sont classés « en rang utile » au concours (cf. arrêté du 27 décembre 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2017-2018 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2018-2019 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques).

(5) Pr. N. Lerolle, Bilan des expérimentations PACES 2014-2018, 12 juillet 2018.

des épreuves correspondant à des UE spécifiques aux filières auxquelles ils souhaitent concourir. Au total, les étudiants reçoivent de un à quatre classements selon les filières auxquelles ils ont choisi de se présenter.

En dehors du concours, **d'autres voies d'accès à la deuxième année ou troisième année des études de santé sont également prévues**. Si les personnes disposant de certains grades, titres ou diplômes peuvent y être admises directement ⁽¹⁾, il est également reconnu un « droit au remords » des étudiants qui souhaiteraient changer de filière après deux années d'études dans celle qu'ils ont choisie à l'issue de la PACES. Ils peuvent alors intégrer la deuxième année d'une autre filière. Cependant, cette possibilité est offerte à un nombre extrêmement limité d'étudiants, puisque, pour l'année 2018-2019, seules 14 places étaient offertes en médecine par ce biais, 16 en odontologie, 7 en pharmacie et 7 pour les études de sage-femme ⁽²⁾. Ainsi, le **concours à l'issue de la PACES demeure aujourd'hui, au plan statistique comme psychologique, l'unique voie d'accès aux études de santé**.

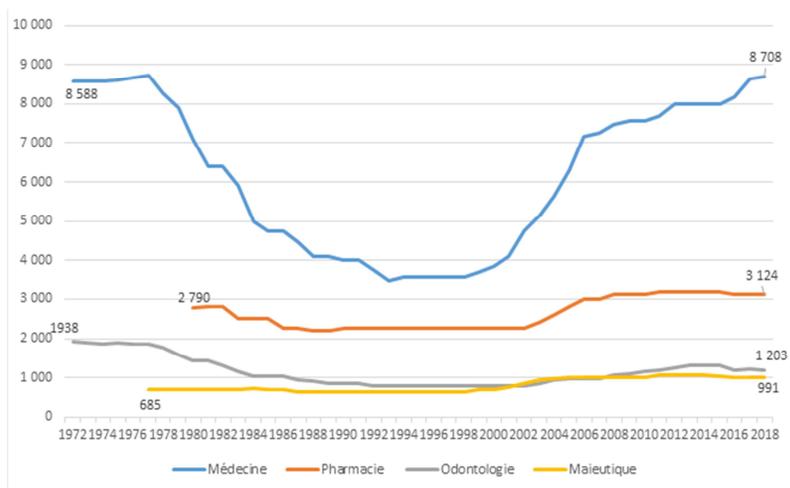
2. Des critiques récurrentes qui ont d'ores et déjà conduit à des aménagements expérimentaux

Le *numerus clausus* des études de médecine fait l'objet de critiques récurrentes depuis plusieurs années. Initialement conçu pour faire correspondre le nombre d'étudiants aux capacités de formation des établissements hospitaliers universitaires, mais également pour limiter les dépenses de santé par une moindre présence médicale, il a ensuite été utilisé pour répondre aux besoins de la population. Bien qu'il ait fait l'objet d'une forte augmentation dans la période récente (cf. graphique *infra*), beaucoup estiment que **cet outil n'est pas adapté à la régulation démographique des professions médicales** – la durée des études médicales retardant considérablement les effets des décisions prises dans ce domaine – et **ne permet nullement de corriger les inégalités territoriales**.

(1) Arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

(2) Arrêté du 27 décembre 2017 fixant le nombre de places offertes, pour l'année universitaire 2018-2019 pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, aux étudiants qui souhaitent exercer leur droit au remords.

NUMERUS CLAUSUS DEPUIS 1972



Source : étude d'impact annexée au projet de loi.

Ainsi, la Cour des comptes, dans un récent rapport sur l'avenir de l'assurance maladie, indiquait que ce système « *peine cependant aujourd'hui à remplir ses objectifs en termes de régulation quantitative et territoriale. L'efficacité du numerus clausus et des quotas de formation se trouve en effet amoindrie par l'afflux de professionnels à diplôme étranger (...)* En outre, les décisions sur le numerus clausus et les quotas s'appuient sur des projections démographiques trop peu fréquemment actualisées et non territorialisées et sur un recensement des besoins qui se limite pour l'essentiel à ceux des établissements hospitaliers » ⁽¹⁾. Au final, comme l'indique l'étude d'impact annexée au projet de loi, « *le pilotage prospectif fin du nombre de professionnels de santé, que devait permettre le numerus clausus, n'a pas permis d'assurer une couverture suffisante du besoin en professionnels de santé, ni leur répartition sur le territoire* » ⁽²⁾.

Au-delà, **l'organisation même de la scolarité qui en résulte est largement critiquée**. Un rapport de 2012 publié dans le cadre des Assises de l'enseignement supérieur et de la recherche résumait ainsi la situation : « *Le grand nombre d'étudiants fait que les conditions d'accueil et d'études n'est pas à la hauteur d'un service public d'enseignement supérieur de qualité. La grande majorité des étudiants échouent, deux années de suite – ce qui les affecte souvent profondément et durablement. Ils reprennent alors des études dans des filières souvent fort différentes (filières courtes diverses, droit, économie, etc.) et le sentiment d'avoir perdu leur temps n'en est que plus fort. Il faut préciser que le bachotage intense résultant de l'hyper-sélectivité du concours de fin d'année n'est pas à la gloire de notre pédagogie.* » ⁽³⁾.

(1) Cour des comptes, Rapport public thématique, L'avenir de l'assurance maladie, novembre 2017, p. 123-124.

(2) Étude d'impact annexée au projet de loi, p. 15.

(3) V. Berger, Rapport au Président de la République, 17 septembre 2012, p. 20.

De fait, en 2017-2018, **31 % des élèves inscrits en PACES étaient redoublants voire triplants**. Cette situation a un **coût humain important** pour les étudiants, qui ne progressent pas dans le système universitaire et n’acquière pas de nouvelles connaissances, mais a également un coût économique et social non négligeable : comme l’indique l’étude d’impact annexée au projet de loi, **le coût de ces redoublements s’élève, pour les universités, à 55,1 millions d’euros pour l’année 2017-2018**. L’allongement inutile des études pèse également sur les familles, en particulier lorsqu’elles choisissent de s’acquitter de plusieurs milliers d’euros de frais de préparations privées, voire de financer des études médicales à l’étranger.

La nature même de la formation dispensée au cours de cette première année, entièrement tournée vers la préparation des épreuves du concours, apparaît aujourd’hui largement inadaptée aux attentes de la population et aux besoins du système de santé. Comme l’indique l’étude d’impact, « *la capacité à travailler en équipe, à appréhender la relation médecin-patient et à évoluer dans un cadre rénové de la pratique médicale paraissent insuffisamment présentes au cours de ce premier cycle de formation et ne sont pas évaluées lors de l’admission en seconde année* »⁽¹⁾. Ainsi, des qualités humaines indispensables à l’exercice de ces professions, dont la capacité d’écoute ou de décider en situation d’incertitude, n’entrent pas en ligne de compte à ce stade de la sélection.

Ce constat a conduit à la mise en place, dès 2013⁽²⁾, d’expérimentations visant à **amener plus d’étudiants vers le master**, quelle que soit la filière, et à **diversifier le profil des étudiants recrutés dans les filières contingentées**. Deux possibilités ont alors été offertes aux universités :

– d’une part, la réorientation vers d’autres filières des étudiants non classés en rang utile au concours organisé à l’issue de la PACES : le **PLURIPASS** a ainsi été expérimenté à l’université d’Angers, où il remplace la PACES et permet d’accéder aux études de santé, mais également à des licences en sciences du vivant et sciences sociales et à des diplômes d’ingénieur (cf. *infra*) ; à l’université de Rennes, des dispositifs de réorientation sont proposés aux étudiants de première année, dès la fin de leur premier semestre ;

– d’autre part, l’admission directe en deuxième ou troisième année des études de santé après une à trois années de licence dans un autre domaine : l’**AlterPACES**, qui fait l’objet d’un quota qui s’impute sur le *numerus clausus* de chaque université⁽³⁾, a ainsi été expérimenté dans 16 universités.

(1) *Étude d’impact annexée au projet de loi, p. 19.*

(2) *Article 39 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l’enseignement supérieur et à la recherche.*

(3) *Voir l’arrêté du 27 décembre 2017 fixant le nombre d’étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l’année universitaire 2017-2018 et le nombre d’étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2018-2019 en application de l’article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l’expérimentation de modalités particulières d’admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.*

Deux exemples d'expérimentations : Angers et Rennes

• Depuis septembre 2015, l'université d'Angers a mis en place une alternative à la PACES sur deux ans⁽¹⁾. Ainsi, les enseignements dispensés au cours de ces deux années comportent trois piliers – les sciences du vivant, les sciences de l'ingénieur et les sciences humaines et sociales – qui donnent accès aux études des six filières contingentées (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie et ergothérapie) mais également à des écoles d'ingénieur ainsi qu'à une quinzaine de licences.

En l'absence de redoublement possible, les étudiants qui échouent à intégrer les études de santé à l'issue de leur première année peuvent présenter à nouveau leur candidature à l'issue du troisième semestre. Les enseignements du troisième semestre sont ainsi adaptés aux ambitions de l'étudiant, qui choisit, pour compléter les enseignements de sciences du vivant, entre les sciences de l'ingénieur et les sciences humaines et sociales. Un nouvel échec leur permet de s'orienter dès ce stade, ou à l'issue de leur deuxième année, vers une licence ou une école d'ingénieur. Un système similaire à l'AlterPACES a également complété, par la suite, le dispositif.

Au total, 70 % des étudiants en santé sont issus de la première année, 20 % du concours du troisième semestre et 10 % d'autres licences. Aujourd'hui, 70 % des étudiants se trouvent ainsi en troisième année de licence au bout de trois ans, où ils connaissent un taux de réussite similaire à celui des autres étudiants.

• L'université de Rennes s'est également inscrite dans ces deux dispositifs. Avec les possibilités offertes par le PLURIPASS, elle permet à ses étudiants de se réorienter progressivement vers d'autres filières :

– dès la fin de leur premier semestre, si leurs résultats aux examens sont insuffisants, les étudiants peuvent poursuivre leur année dans certaines licences (biologie, physique, mathématiques, droit, philosophie, etc.) proposés par Rennes ou dans d'autres universités, comme celle de Vannes, avec laquelle un partenariat a été noué ;

– à l'issue de leur première année, les étudiants peuvent, selon leurs résultats, être réorientés, de plein droit ou sur dossier, en deuxième année des licences scientifiques ; ceux dont le rang au concours est 2,5 fois supérieur au *numerus clausus* peuvent, selon leurs résultats, bénéficier d'une réorientation via Parcoursup et, par la suite, bénéficier du dispositif AlterPACES ou s'inscrire pour la seconde fois en PACES après avoir validé 60 crédits universitaires dans une autre formation.

L'accès à la deuxième année des études de santé a également été ouvert aux étudiants inscrits en deuxième ou troisième année de nombreuses licences, y compris de sciences humaines et sociales, et qui prennent deux unités d'enseignement complémentaire de la PACES, pour lesquelles ils passeront les mêmes examens que les étudiants inscrits en PACES.

Un bilan de ces expérimentations a été réalisé en juillet 2018 par les conférences des doyens de médecine, d'odontologie et de pharmacie et la conférence des enseignants de maïeutique⁽²⁾.

(1) Cf. Annexe n° 2.

(2) Pr. N. Lerolle, Bilan des expérimentations PACES 2014-2018, 12 juillet 2018.

L'AlterPACES, qui devait diversifier le profil des étudiants recrutés dans les filières contingentées, n'a pas connu le succès escompté : pour l'année 2016-2017, seules 15 % des places offertes par ce biais ont été pourvues en raison du faible nombre de candidatures. Au final, ces étudiants ne représentent que 1,5 % de l'ensemble des candidats reçus la même année, ce qui n'a pas permis de diversifier outre mesure le recrutement. Dès lors, le rapport précité recommande de mieux diffuser l'information autour de ce dispositif dès le lycée.

En revanche, le dispositif PLURIPASS, qui avait vocation à remédier au « gâchis » de la PACES en amenant un plus grand nombre d'étudiants vers le niveau master et était conçu non pas comme « *une voie supplémentaire ou accessoire d'accès aux études de santé mais [comme] un parcours pluridisciplinaire alimentant toutes les filières de l'université dont les filières santé* »⁽¹⁾, apparaît aujourd'hui comme un succès, puisque **le rapport réussite/échec s'est inversé pour ces étudiants par rapport aux étudiants de PACES**⁽²⁾ et que 70 % des étudiants inscrits en première année sont, trois ans après, inscrits en troisième année de licence.

Ce succès a d'ailleurs conduit à la mise en place d'un nouveau dispositif en 2018. La loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants a ainsi instauré un nouveau dispositif expérimental : la **PACES adaptée**, qui permet aux étudiants n'ayant pas eu le concours à l'issue de leur première année de poursuivre leurs études dans le cadre d'une autre licence, en suivant un ensemble plus vaste d'enseignements dès la première année. L'Université de Bretagne Occidentale a ainsi mis en œuvre le dispositif UBOPASS, qui ouvre la possibilité aux étudiants dits « primants » d'accéder aux études de santé et, en cas d'échec, de retenter leur chance en admission directe, à l'issue d'une deuxième ou troisième année de licence d'un autre cursus.

Pour autant, ces dispositifs demeurent expérimentaux et ne concernent que peu d'étudiants entamant aujourd'hui des études de santé. Les défauts du système actuel perdurent et ont poussé les syndicats des étudiants en santé à signer, en décembre 2018, une tribune dans la presse appelant à en finir avec « *le massacre du concours* »⁽³⁾. Ils rappellent la nécessité de diversifier les profils professionnels en permettant l'accès aux études de santé par des voies multiples et celle d'une orientation progressive des étudiants ; ils proposent de substituer au caractère purement sélectif de la PACES une année de formation réelle comprenant des modules d'orientation et des enseignements permettant de faciliter la poursuite d'études dans l'université.

(1) Pr. N. Lerolle, Bilan des expérimentations PACES 2014-2018, 12 juillet 2018, p. 18.

(2) 72 % / 28 % contre 30 % / 70 % en PACES.

(3) Site internet de L'Obs, « Études de santé : finissons-en avec le massacre du concours ! », 4 décembre 2018.

3. La nécessité d'une profonde réforme des études de santé

Le Président de la République a annoncé, en septembre 2018, la suppression de la PACES et du concours qui la sanctionne pour « *permettre de former plus de médecins avec un mode de sélection rénové, et de renforcer la dimension qualitative et le niveau de formation des études de santé* »⁽¹⁾. Cette annonce a ensuite été précisée par les deux ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ».

Ainsi, l'objectif fixé est de « *recruter des étudiants de profils divers et leur permettre de s'orienter progressivement vers un métier* », en supprimant le *numerus clausus* et en réformant le premier cycle des études de santé : « *L'admission dans les études de santé et les cursus de premiers cycles seront repensés pour favoriser une **orientation progressive, des passerelles entre les cursus, et des enseignements communs.** (...) Le recrutement des étudiants se fera de façon progressive au cours du premier cycle et à partir de cursus diversifiés.* »

a. La suppression de la PACES au profit d'une orientation progressive des étudiants

L'article 1^{er} du projet de loi vise à traduire, dans la loi, cette ambition. Il procède ainsi à la réécriture intégrale de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, dont les dispositions actuelles – PACES et *numerus clausus*, notamment – se trouveraient dès lors supprimées. Il rappelle que les formations en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique relèvent des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé, qu'elles sont organisées en cycles et conduisent à la délivrance de diplômes d'État. Par ailleurs, il fixe le principe d'une **orientation progressive des étudiants vers la filière la plus adaptée** à leurs connaissances, aptitudes et compétences, et impose des **enseignements communs à plusieurs filières universitaires** – y compris, donc, au-delà des filières contingentées – afin de « *favoriser l'acquisition de pratiques professionnelles partagées et coordonnées* ». Aux yeux du rapporteur, ce dernier aspect est cardinal, l'interdisciplinarité et la connaissance mutuelle des différents métiers de santé étant essentielles à une bonne anticipation quant à l'évolution des futures pratiques.

Le deuxième alinéa de l'article L. 631-1 modifié dispose que **les capacités d'accueil en deuxième et troisième années du premier cycle – notion qui se substitue donc à celle de *numerus clausus* – sont déterminées annuellement par les universités**, qui prennent en compte les objectifs d'admission de l'établissement en première année du deuxième cycle. Ceux-ci, arrêtés par chaque université après avis conforme de l'agence régionale de santé (ARS), tiennent eux-mêmes compte des capacités de formation et des besoins de santé du territoire par le biais d'objectifs pluriannuels établis au niveau national pour satisfaire trois objectifs : répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants.

(1) Discours du Président de la République, Emmanuel Macron, sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun », 18 septembre 2018.

Cette négociation directe entre l'université et l'ARS doit permettre de **décentraliser la fixation des contingents et, ainsi, de mieux prendre en compte les réalités locales**. Elle se substituerait à une situation dans laquelle le dialogue s'établit essentiellement entre l'opérateur et sa tutelle autour d'enjeux strictement budgétaires. Pour autant, s'il est essentiel de mieux prendre en compte les besoins du territoire, une telle mesure ne saurait porter ses fruits sans modification des capacités d'accueil de certaines universités.

Le troisième alinéa de l'article L. 631-1 modifié indique que l'admission en deuxième ou troisième années du premier cycle de ces formations est **subordonnée à la validation d'un parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur et à la réussite d'épreuves**, qui sont déterminées par décret en Conseil d'État. Bien que le *numerus clausus* et le concours qui l'accompagne soient supprimés, la poursuite du premier cycle des formations en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique demeure donc **sélective, tant au plan quantitatif que qualitatif**. Une telle sélection apparaît du reste indispensable au maintien de l'excellence de ces filières, comme c'est le cas dans d'autres disciplines, comme le droit.

Cette rédaction permet toutefois, au plan règlementaire, de **multiplier les voies d'accès à ces filières et de rendre la sélection, au sein du premier cycle, plus progressive**. Une telle évolution devrait ainsi permettre de **limiter les recours contentieux** que doivent gérer les universités dans le cadre du concours, unique voie d'accès, ou presque, aux études de médecine. Des aménagements pourraient également être trouvés pour améliorer le recrutement dans les filières autres que la filière « médecine ». En effet, certaines filières, comme la pharmacie, ont souffert de la mise en œuvre de la PACES : alors qu'elles recrutaient auparavant directement leurs étudiants, la PACES a conduit à ce que beaucoup d'étudiants les choisissent par défaut. La réforme annoncée pourrait dès lors constituer une opportunité pour remédier à ce phénomène.

Les passerelles qui existent aujourd'hui entre les études de santé et d'autres diplômes, grades ou titres, ainsi qu'à l'intérieur des filières des études de santé, sont par ailleurs maintenues, ces « *modalités d'admission [garantissant] la diversité des parcours des étudiants* » comme en dispose le dernier alinéa du I de l'article ainsi modifié. Au II du même article modifié, un décret doit en outre déterminer, au-delà des modalités d'application des dispositifs précitées, les conditions d'accès à ces formations et diplômes, notamment pour les titulaires d'un diplôme « européen »⁽¹⁾, les ressortissants de pays extra-européens et les titulaires d'un diplôme étranger en santé⁽²⁾.

(1) État membre de l'Union européenne, État partie à l'accord sur l'espace économique européen, Confédération helvétique et principauté d'Andorre.

(2) Il supprime de facto l'article L. 631-2, qui, renvoyant à un décret la fixation des conditions d'accès des étudiants ou titulaires de diplômes étrangers de santé aux formations et diplômes d'État correspondants, remplissait le même office.

Ces dispositions seraient **applicables à compter de la rentrée universitaire 2020**. Par ailleurs, une mesure transitoire est prévue pour les étudiants qui auraient eu le droit, avant l'entrée en vigueur de la loi, de se présenter une première ou seconde fois au concours : ils conservent la possibilité de présenter leur candidature à l'accès en deuxième année des études de santé.

b. La poursuite de la réforme par la voie réglementaire

La rédaction de l'article 1^{er} laisse une **marge de manœuvre non négligeable au pouvoir réglementaire pour fixer, de façon concrète, les modalités d'organisation et de fonctionnement des études de santé réformées**.

Notamment, elle pourrait permettre la **mise en œuvre du modèle de « Portail Santé » proposé par le professeur Jean-Paul Saint-André dans un récent rapport** sur la refonte du premier cycle des études de santé⁽¹⁾. Les bacheliers auraient ainsi la possibilité de s'inscrire, via la plateforme Parcoursup, à plusieurs licences pouvant compter une mineure « Santé » ainsi qu'au Portail Santé menant aux études de santé. Ainsi, ces dernières seraient également accessibles depuis ces licences, selon des modalités semblables : la validation de l'année universitaire vaudrait admissibilité à l'entrée dans les études de santé, tandis que l'admission reposerait, par exemple, sur une épreuve orale.

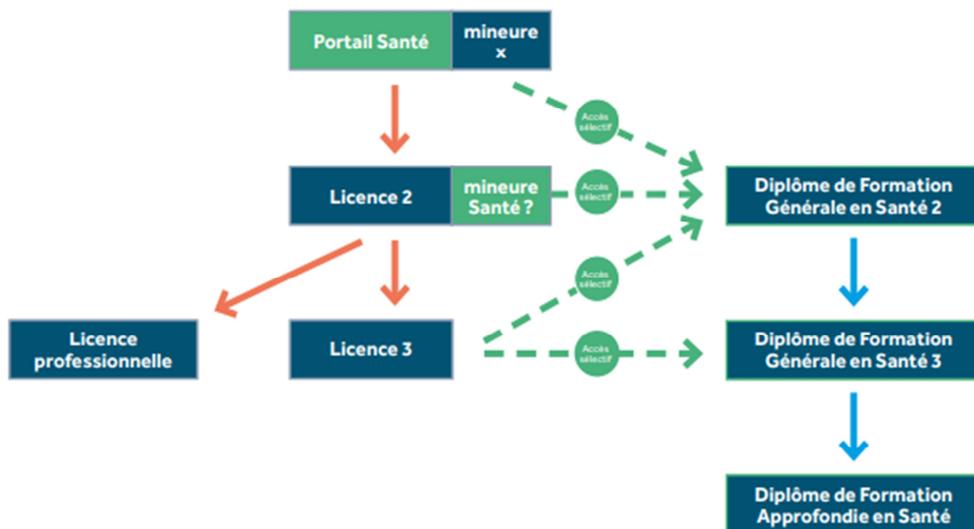
Tous les étudiants auraient ainsi la possibilité de présenter deux fois leur candidature : à l'issue de leur première année d'étude, en Portail Santé ou en licence, puis à l'issue d'une deuxième ou troisième année de licence. **Aucun redoublement ne serait admis en cas de validation de l'année universitaire**, afin que la deuxième année corresponde à l'acquisition de connaissances nouvelles : ainsi, en cas d'échec, l'étudiant inscrit au sein du Portail Santé pourrait poursuivre, en deuxième année, au sein d'une licence proposée par l'université – celle-ci pouvant notamment correspondre à une « mineure » choisie en première année (biologie, mathématiques, droit, sciences humaines et sociales, économie-gestion, etc.).

Enfin, afin de favoriser une diversification effective des voies d'accès aux études de santé, le Portail Santé représenterait, au maximum, 60 % des places offertes par les universités, chacune d'entre elles ayant l'obligation de proposer au minimum deux accès possibles⁽²⁾.

(1) Pr. J-P. Saint-André, Suppression du numerus clausus et de la PACES. Refonte du premier cycle des études de santé pour les « métiers médicaux », décembre 2018.

(2) Via un portail Santé et une licence, ou via deux licences, par exemple.

SCHÉMA D'UN PARCOURS ÉTUDIANT À PARTIR DU PORTAIL SANTÉ



Source : Pr. J-P. Saint-André, Suppression du *numerus clausus* et de la PACES. Refonte du premier cycle des études de santé pour les « métiers médicaux », décembre 2018.

Le modèle proposé ne fait toutefois pas l'unanimité, notamment auprès des étudiants et des jeunes médecins. Ainsi, l'association Jeunes médecins défend pour sa part « une entrée dans les études de médecine via un parcours Licence indifférencié avec sélection à l'entrée en Master Médecine avec une orientation majoritaire vers un master en médecine ambulatoire de premier recours »⁽¹⁾. De la même façon, la Fédération des associations étudiantes générales (FAGE) propose d'aller plus loin que la mise en place d'un Portail Santé en créant une **licence à majeure santé qui permettrait, au bout de trois ans, d'accéder aux filières médicales et paramédicales**. Au final, pour beaucoup d'organisations étudiantes, une telle solution apparaîtrait comme « tout aussi sélective et discriminatoire » que le système actuel⁽²⁾.

c. Les conditions de réussite de la réforme

Quel que soit le modèle qui sera *in fine* retenu dans le cadre des négociations en cours, **le rapporteur estime que les choix qui seront faits au niveau réglementaire doivent trancher aussi radicalement que possible avec le modèle actuel de la PACES**, dont chacun s'accorde à penser qu'il est profondément insatisfaisant.

(1) Communiqué de presse de Jeunes Médecins, « Jeunes Médecins entend l'inquiétude de la Conférence des Doyens », 20 février 2019.

(2) Site internet de L'Obs, « Études de santé : finissons-en avec le massacre du concours ! », 4 décembre 2018.

Notamment, la **formation dispensée par les facultés de médecine au cours de ces premières années doit impérativement évoluer** afin de permettre l'acquisition de connaissances et de compétences utiles et de mieux évaluer la capacité des étudiants à exercer une profession médicale. Une telle évolution, si elle apparaît indispensable à la diversification des profils recrutés, nécessite que de nouveaux moyens humains et financiers soient mis à disposition des universités. En effet, la PACES avait la particularité d'être très peu coûteuse par rapport à une licence classique, notamment du fait d'une pédagogie reposant essentiellement sur des cours magistraux.

Au-delà du changement pédagogique, **de nouveaux moyens seront également nécessaires afin d'augmenter les capacités d'accueil des universités situées dans des déserts médicaux** : en l'absence d'une hausse à due proportion des moyens assurant le recrutement de nouveaux enseignants, augmenter ces capacités pour mieux répondre aux besoins de la population pourrait en effet conduire à une diminution de la qualité de la formation. Comme l'indique à juste titre l'association Jeunes Médecins, *« si l'augmentation des effectifs des étudiants devait se faire essentiellement sur les territoires où il existe un manque de médecins, il s'agira également des territoires où le nombre d'enseignants dans les UFR sont les plus faibles. Cela aboutirait à une iniquité dans l'encadrement des étudiants ce qui pourrait porter atteinte à terme à la qualité des soins »*⁽¹⁾.

Cette réforme devrait aussi être l'occasion de mieux répondre aux besoins du territoire en **favorisant l'égal accès de tous aux études de santé**. Un **objectif de doublement des sites universitaires** permettant l'accès à de telles études, via des unités d'enseignement complémentaires ou des « mineures », devrait ainsi être fixé dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme.

Si **un tel système devrait permettre aux étudiants de mieux anticiper l'avenir**, les objectifs de la réforme – améliorer le bien-être étudiant, diversifier les profils et assurer la réussite du plus grand nombre – ne pourront être atteints que si des mesures concrètes sont prises pour accompagner les étudiants vers ou depuis des licences. En effet, les expérimentations ont montré qu'il n'était pas toujours aisé d'intégrer des études de santé et des licences en cours de cursus, voire en cours d'année. Le rapporteur estime dès lors nécessaire de **donner les moyens aux universités de prévoir un accompagnement spécifique pour ces étudiants**.

La question du nombre de terrains de stages, réalisés dès le deuxième cycle, se pose également. Dans les universités déjà saturées, certains étudiants sont aujourd'hui contraints de se partager les semaines d'un même stage, ce qui conduit mécaniquement à diminuer leur temps de formation pratique. **Si, demain, les capacités d'accueil des universités de médecine augmentent, de nouveaux terrains de stage devront être trouvés, notamment dans les territoires, en médecine ambulatoire ou en centre hospitalier**. De tels stages, proches du

(1) Site internet de L'Obs, « Études de santé : finissons-en avec le massacre du concours ! », 4 décembre 2018.

terrain, sont extrêmement formateurs pour les jeunes médecins qui, en CHU, rencontrent des pathologies nécessairement plus rares, tandis qu'ils apprennent peu des cas plus courants qu'ils verront plus fréquemment dans le cadre d'un exercice libéral. De surcroît, de tels stages ne peuvent que pousser les étudiants à s'installer sur ces territoires à l'issue de leurs études, répondant ainsi partiellement au problème de la désertification médicale.

Toutefois, **une telle ambition nécessite, là encore, d'importants moyens – des logements pour les étudiants, des aides au transport, etc.** Elle rend également indispensable l'accroissement, par des mesures incitatives et de simplification, du nombre de maîtres de stage. Un investissement notable dans l'accompagnement, tant de l'université que des collectivités territoriales, s'avère donc indispensable. Par ailleurs, l'intérêt de la réforme repose également sur la **possibilité, pour des universités sans composante santé, de proposer, en partenariat avec d'autres, des licences permettant l'accès aux études de santé.** Là encore, une telle adaptation nécessitera l'allocation de moyens supplémentaires.

Au total, il serait **illusoire de penser qu'une telle réforme peut générer des économies, notamment du fait de l'absence de redoublement des étudiants.** La création de passerelles depuis et vers des licences, l'accueil d'étudiants qui quittaient auparavant l'université, la rénovation de la formation et l'augmentation des capacités d'accueil de certaines universités nécessiteront d'importants moyens pour permettre d'atteindre les objectifs fixés par le projet de loi.

Enfin, le rapporteur estime que **des objectifs quantitatifs devraient être fixés aux universités par la voie réglementaire, afin d'assurer la diversification des voies d'accès aux études de santé** et d'éviter de créer une nouvelle voie royale vers les études de santé. Si beaucoup d'entre elles sont favorables à ce changement et l'expérimentent déjà, d'autres pourraient se montrer moins volontaires. Si la fixation de la proportion maximum d'élèves entrant par l'une des voies possible – Portail Santé, licence, etc. – ne relève pas du législateur, il importe cependant que de tels objectifs soient clairement affichés, tout en respectant l'autonomie des universités. Des minima pluriannuels et progressifs pourraient ainsi être fixés par le pouvoir réglementaire, pour s'assurer que tous les acteurs jouent le jeu de la réforme. En tout état de cause, le rapporteur estime **souhaitable qu'à moyen terme, une fois la réforme entrée dans les mœurs, les accès autres que le Portail Santé concernent au minimum 30 % des étudiants par université.**

II. DES MODALITÉS RÉNOVÉES D'ACCÈS AU TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES DE MÉDECINE

1. L'accès à l'internat : le couperet des épreuves classantes nationales

L'accès au **troisième cycle des études de médecine**, durant lequel les **étudiants effectuent leur internat** et se spécialisent dans une discipline donnée, est aujourd'hui encadré par l'article L. 632-2 du code de l'éducation. Il est accessible aux médecins en exercice et aux étudiants ayant validé leur deuxième cycle. Les ministres de l'enseignement supérieur et de la santé arrêtent conjointement, pour une période de cinq ans, le **nombre d'internes à former par spécialité et subdivision territoriale** et déterminent chaque année le nombre de postes offerts par spécialités – elles sont au nombre de 44 aujourd'hui, dont la médecine générale – et pour chacun des 29 centres hospitaliers universitaires (CHU).

Depuis 2004, le choix des étudiants est **entièrement subordonné à leur rang de classement aux épreuves classantes nationales (ECN)**, le nombre de postes ouverts correspondant au nombre d'étudiants passant au moins l'une de ces épreuves. Par exemple, pour l'année 2017, sur les 8 037 postes ouverts au niveau national, quatre postes étaient offerts au CHU du Tours en ophtalmologie, qui ont été attribués à des étudiants classés entre le 18^e et le 1032^e rang.

Ces épreuves ont fait l'objet d'une informatisation en 2016, afin notamment de faciliter la correction des **questions à choix multiples** qu'elles comportent. Organisées par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique territoriale, elles comportent aujourd'hui trois parties :

– **l'analyse de six dossiers cliniques progressifs**, qui comprennent chacun 13 à 17 questions à choix multiples ; elle compte pour 70 % de la note finale ;

– un **questionnaire à choix multiples** de 120 questions isolées, qui compte pour 20 % de la note finale ;

– une **lecture critique de deux articles scientifiques**, qui repose également sur des questions à choix multiples et compte pour 10 % de la note finale.

Ces épreuves sont aujourd'hui fortement critiquées. En effet, ce couperet conduit les élèves à consacrer quasi exclusivement leur sixième année, voire tout leur deuxième cycle, à la révision intensive de connaissances théoriques au détriment de leurs stages. Comme l'indique un récent rapport remis aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, « *le deuxième cycle est dominé par la préparation des ECNi⁽¹⁾ : ce contexte conduit à promouvoir exclusivement des acquisitions théoriques et décontextualisées du soin et de l'approche du patient*

(1) Épreuves classantes nationales informatisées.

*dans sa globalité, une accumulation de connaissances techniques et morcelées très éloignées de la construction des compétences de l'étudiant de deuxième cycle »⁽¹⁾ et à « **classer les étudiants selon un "mérite" lié à leur capacité de bachotage en ne tenant pas compte d'un éventuel "mérite" dans leur capacité à répondre à différents besoins scientifiques ou du système de santé** »⁽²⁾.*

Par ailleurs, eu égard à l'importance de ce classement pour l'avenir professionnel des étudiants, il est fréquent que ces derniers repoussent d'un an le passage de ces épreuves, ou décident de redoubler en cas de classement insuffisant, pratique qui n'est **satisfaisante ni au plan pédagogique, ni au plan humain**. De fait, ces épreuves sont génératrices d'un important mal-être parmi les étudiants : *« l'orientation dans la spécialité et sur le territoire des étudiants ne dépend absolument pas d'un projet professionnel de l'étudiant, et est parfois même en contradiction avec ses aspirations. Il est alors évident que les ECNi, leur préparation et, par conséquent, le 2^{ème} cycle tout entier dans sa forme actuelle, sont une source d'angoisse et de "mal-être" majeure pour les étudiants »⁽³⁾*, d'autant plus dommageable que le bien-être est au contraire l'une des conditions de l'excellence. La souffrance qui, aujourd'hui, va croissant année après année chez les étudiants en santé, est l'une des problématiques qu'il importe de traiter et les dispositions du projet de loi sont en ce sens des plus opportunes.

C'est pourquoi le rapport de la mission « Deuxième cycle des études de médecine » précité, comme celui auquel la rapporteure au fond Stéphanie Rist a récemment contribué⁽⁴⁾, proposent de substituer aux épreuves classantes nationales un **système inspiré du matching** qui a cours dans les pays anglo-saxons, dans lequel *« l'étudiant propose une candidature où il souhaite aller, il est sélectionné par la structure qui va l'accueillir »⁽⁵⁾*, et de **prendre en compte, au-delà des connaissances théoriques, les compétences et le projet professionnel de l'étudiant**. L'objectif est ainsi de substituer à un mode d'affectation aveugle et brutal un système assurant la construction progressive d'un parcours cohérent.

Enfin, comme l'indique l'étude d'impact annexée au projet de loi, *« l'obligation d'offrir un poste à chaque candidat participant à au moins une épreuve (...) ne permet pas de s'assurer que tous les étudiants accédant au troisième cycle disposent de toutes les connaissances et compétences attendues d'un interne en début de cursus »⁽⁶⁾*. De fait, **la condition de validation préalable de l'année universitaire, réalisée par l'obtention d'une simple moyenne aux examens, ne paraît pas aujourd'hui suffisante pour s'assurer de**

(1) J-L. Dubois-Randé et Q. Hennion-Imbault, Rapport de la mission Deuxième cycle des études de médecine, 25 décembre 2017, p. 12.

(2) Id.

(3) Id.

(4) A. Tesnière, S. Rist et I. Riom, Adapter les formations aux enjeux du système de santé, septembre 2018.

(5) J-L. Dubois-Randé et Q. Hennion-Imbault, Rapport de la mission Deuxième cycle des études de médecine, 25 décembre 2017, p. 13.

(6) Étude d'impact annexée au projet de loi, p. 27.

l'excellence de tous les futurs médecins. Au-delà, cette réforme permet également de s'assurer que les internes ayant obtenu leur diplôme dans d'autres pays de l'Union européenne – qui peuvent s'inscrire à ces épreuves et obtenir automatiquement une place – ont bien un niveau minimum équivalent à celui des diplômés de l'enseignement supérieur français.

2. La suppression des épreuves classantes nationales pour un parcours choisi

Tirant les conséquences de ces préconisations, l'**article 2** du projet de loi modifie intégralement la rédaction de l'actuel article L. 632-2 du code de l'éducation. S'il préserve la capacité des médecins en exercice d'accéder au troisième cycle des études de médecine, il modifie les conditions dans lesquelles les étudiants de deuxième cycle peuvent y être admis.

En effet, il est prévu que leur admission soit désormais subordonnée, non plus aux épreuves classantes nationales, mais à « *l'obtention d'une **note minimale à des épreuves permettant d'établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences du troisième cycle*** » (alinéa 3). L'affectation sur ces postes à proprement parler serait ensuite effectuée, pour ces étudiants, en prenant en compte trois éléments : **les résultats obtenus à ces épreuves ; le parcours de formation ; le projet professionnel** (alinéa 9).

Il s'agit, comme l'indique l'étude d'impact annexée au projet de loi, de faire « *reposer la procédure d'affectation sur un ensemble de critères associant les connaissances et les compétences des étudiants, évaluées par des épreuves plus diverses et plus pertinentes ainsi que son parcours et projet professionnel. Une note minimale sera exigée pour permettre l'accès au troisième cycle. Ainsi, le dispositif garantira une compétence minimale des internes en début de formation et permettra de revaloriser, dans le travail des étudiants au cours du second cycle, l'acquisition de compétences et la construction du projet professionnel* »⁽¹⁾.

Le rapporteur ne peut qu'être favorable à cette évolution. L'évaluation des compétences comme de la cohérence du projet professionnel apparaît notamment fondamentale pour s'assurer de la capacité des étudiants à appréhender au mieux leur internat. Plusieurs pays étrangers, dont la Suisse et le Canada, et quelques facultés françaises recourent ainsi à des **examens cliniques objectifs structurés** ou « ECOS », qui s'apparentent à une succession de situations simulées, pour évaluer, de façon objective et reproductible, les compétences cliniques et relationnelles des étudiants. La place du patient s'en trouverait ainsi renforcée. Au total, même si des épreuves de questions à choix multiples seront amenées à perdurer en partie, une telle réforme aura nécessairement un **impact salutaire sur le contenu même du deuxième cycle et permettra une spécialisation progressive des étudiants** en vue de l'internat.

(1) Étude d'impact annexée au projet de loi, p. 28.

Un décret en Conseil d'État déterminera, comme aujourd'hui, les modalités d'organisation du troisième cycle des études médicales, les modalités de répartition des postes par spécialité et subdivision territoriale, les modalités d'affectation sur ces postes, ainsi que celles d'un changement d'orientation.

L'article 2 du projet de loi fixe également le **délai d'application de la réforme du troisième cycle** : elle serait applicable aux étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine à compter de la rentrée universitaire 2019. Ainsi, la suppression des épreuves classantes nationales serait effective pour l'année universitaire 2021-2022. Le rapporteur estime souhaitable de **laisser une année de plus aux universités pour mener à bien cette réforme consensuelle mais néanmoins ambitieuse**. Ce décalage dans le temps permettra aux universités de ne pas avoir à mettre en œuvre simultanément deux modifications d'ampleur dans leur établissement, pour garantir la réussite d'une évolution qui transformera, en profondeur, les études en santé.

COMPTE RENDU DES DÉBATS EN COMMISSION

Réunion du lundi 11 mars 2019 à 17 heures ⁽¹⁾

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

I. DISCUSSION GÉNÉRALE

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

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

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

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

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

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

(1) Lien vidéo : http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7358138_5c86844b17e12.commission-des-affaires-culturelles--organisation-et-transformation-du-systeme-de-sante-11-mars-2019

Ces deux concours visent à classer et à hiérarchiser, plus qu'à valider les compétences adéquates et à motiver les étudiants à devenir médecins. Non seulement ces épreuves couperets ne contribuent pas au bien-être des étudiants, mais les volumes de professionnels de santé formés chaque année dans nos universités le sont au prix d'un enseignement largement déshumanisé – les étudiants en PACES n'ont pas de travaux dirigés et peuvent, si l'on pousse jusqu'à la caricature, faire l'intégralité de leur cursus à distance, derrière un ordinateur, et entièrement tourné vers l'accumulation de connaissances dont on peut se demander si elles sont toutes indispensables à ce stade des études.

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

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

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

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

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

Certaines facultés pourront très facilement mettre en œuvre cette réforme, notamment lorsqu'elles ont déjà embrassé les expérimentations ; d'autres auront plus de difficultés, en particulier lorsque leur filière santé pèse beaucoup plus que les autres licences. C'est la raison pour laquelle le texte proposé par le

Gouvernement est très souple : la mise en œuvre de la réforme nécessitera de faire du sur-mesure et de s'adapter à chaque université.

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

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

Loin de rétrécir l'horizon des étudiants, la réforme entend l'élargir en leur permettant, par exemple, de poursuivre une majeure en sciences sociales et une mineure en santé, le temps qu'ils développent leurs compétences et optent, le cas échéant, pour un cycle à dominante santé. Il s'agit également de favoriser les passerelles et d'organiser une spécialisation progressive des étudiants afin d'encourager le dialogue entre les étudiants des différentes filières, qui se côtoieront durant leurs études mais surtout tout au long de leurs carrières. La construction de ces liens entre les différents professionnels de santé ne peut être que profitable à tous.

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

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

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

En premier lieu, la réforme doit être comprise par les principaux intéressés : on passe en effet d'un système très simple à un dispositif pluriel, plus

difficile à appréhender, comme le montrent les schémas que j'ai inclus dans mon rapport. Il faudra donc que l'information soit correctement diffusée au sein des lycées, et que les responsables de l'orientation comprennent bien toutes les subtilités du nouveau système.

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

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

Je suis encore plus confiant concernant les dispositions proposées par l'article 2, qui ne concernent cette fois que les études de médecine et qui recueillent, là encore, l'assentiment de tous. Ces dispositions suppriment les ECN, qui permettent à tous ceux qui les passent d'être classés et d'avoir un poste d'internat, à partir de l'évaluation, non de leurs compétences, mais d'une somme de connaissances.

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

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

Parce que le projet de loi ouvre de nouvelles perspectives pour les étudiants en médecine, il m'a également semblé nécessaire de garantir que les études de médecine, qui sont paradoxalement aujourd'hui parmi les plus discriminantes sur la question du handicap, soient accessibles à tous les étudiants,

y compris aux étudiants en situation de handicap. J'ai donc déposé un amendement en ce sens.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne le premier article, vous vous targuez de supprimer le *numerus clausus* : ce serait une bonne chose si c'était vrai, mais le projet de loi prévoit en réalité que le nombre de médecins formés dans chaque université sera déterminé par les établissements eux-mêmes et les ARS, en fonction de leurs capacités et des besoins du territoire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mme Frédérique Dumas. Notre commission s'est saisie pour avis des deux premiers articles du projet de loi, qui ont trait à la réforme des études de santé. Nous nous en félicitons parce que ces deux articles sont la principale raison

pour laquelle notre assemblée examine ce projet de loi, qui aurait aussi bien pu s'intituler « projet de loi portant réforme des études en santé ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si nous sommes plutôt favorables aux articles 1^{er} et 2, nous pensons que le voile doit être déchiré sur la réalité de la santé publique en France. Depuis quatre ans, l'espérance de vie stagne dans notre pays : 79,4 ans pour les hommes, 85,3 ans pour les femmes. La France est par ailleurs mal classée en Europe en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé. Ainsi les hommes vivaient-ils en moyenne, en 2016, dix mois de moins en bonne santé dans notre pays que dans le reste de l'Europe : 62,7 ans, contre 63,5 ans en Europe.

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

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

Si nous nous accordons parfois sur la réalité d'un système de santé qui s'essouffle et se trouve au bord de l'explosion, les conclusions que nous en tirons

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

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

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

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

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

Il est prévu que les modalités d'affectation et de réorientation en ce qui concerne les postes ouverts par spécialité et par CHU pour l'entrée en deuxième cycle des études de médecine soient déterminées par décret en Conseil d'État. Selon l'étude d'impact, la suppression des ECN représente une mesure forte en faveur de l'amélioration du bien-être étudiant et ceci est particulièrement satisfaisant. L'affectation prendra en compte les résultats aux épreuves, le parcours de formation et le projet professionnel des étudiants.

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour ma part, j'aimerais revenir sur l'article 2 qui prévoit deux conditions cumulatives pour que les étudiants en médecine français, ayant mené tout ou partie de leurs études en premier et deuxième cycle dans un État membre de l'Union européenne, puissent intégrer le troisième cycle en France. Premièrement,

ils doivent avoir validé une formation médicale de base au sens de l'article 24 de la directive 2005/36/CE dans un État membre de l'Union européenne. Dans les faits, cela signifie qu'ils ont fait au moins six ans d'études représentant 5 500 heures d'enseignement théoriques et pratiques dans une université ou sous la surveillance d'une université. Deuxièmement, ils doivent avoir obtenu une note minimale à des épreuves permettant d'établir qu'ils ont acquis les connaissances et compétences suffisantes.

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

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

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

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

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

Depuis dix-huit mois, le Gouvernement – en particulier Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé – a fait de la lutte contre les déserts médicaux, l'une de ses priorités. Comme vous le proposez, il me paraît désormais important de se concentrer sur la question de la répartition territoriale des

formations en santé, celles-ci étant essentiellement situées dans des zones très urbaines. On peut réfléchir à l'augmentation de l'accueil dans les universités qui font face à des problématiques de déserts médicaux. Je voudrais aussi que l'on réfléchisse à l'implantation de ces formations en dehors de ces pôles universitaires. Avec le chef étoilé Régis Marcon, j'ai rédigé un rapport sur la voie professionnelle scolaire, dans lequel nous insistions sur les campus des métiers et des qualifications qui regroupent différents organismes de formation. Quelle pourrait être la place des formations du domaine de la santé dans ces campus des métiers et des qualifications ?

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

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

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

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

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

Il ne s'agit pas d'accroître les capacités car, à terme, la filière principale en santé devait compter moins d'étudiants qu'actuellement, étant donné l'ouverture à d'autres parcours, notamment grâce à la mineure santé. Contrairement à ce qui se passe actuellement, il faut varier la manière d'entrer dans le cursus « santé ». Les

gens qui ont fait des expérimentations insistent sur la possibilité d'élargir les opportunités et de diversifier les sites sur lesquels les étudiants pourront s'inscrire en mineure santé.

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

S'agissant des méthodes d'évaluation, je vous répondrais que l'objet de ce texte n'est pas de valider les évaluations de toutes les formations françaises, sinon nous devrions avoir beaucoup de réunions de commission ! Je préfère laisser cela aux universités et à des gens qui le font mieux que nous ne pourrions le faire.

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

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

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

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

S'agissant de la précipitation, j'ai cité Grand Corps Malade au début de mon rapport, en disant que c'était une « course contre la honte ». Quand on

discute avec certains étudiants, on se dit qu'il y a urgence. La PACES laisse de côté 70 % des étudiants qui se retrouvent sans aucun diplôme alors qu'ils ont travaillé de façon acharnée pendant deux ans. Il y a urgence à réformer le système et c'est le but de ce projet de loi. Je note d'ailleurs que Mme Dumas était très favorable à l'article 1^{er} et à l'article 2, tout comme les personnes auditionnées.

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

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

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

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

Monsieur Poulliat, je suis évidemment favorable aux parcours européens. Même si la formation médicale de base est définie par une directive, il y a encore en Europe une grande diversité d'approche des métiers du soin, de la médecine et de la santé en général. Il est important d'avoir une donnée d'entrée assez

commune pour les étudiants qui demandent une validation ou une équivalence. Ce n'est pas toujours facile. Les universités ne sont pas toujours à l'aise pour valider des compétences et des connaissances acquises dans un autre pays. Pour l'étudiant qui revient, il faut poser des jalons clairs, je pense à ce qui remplacera les ECN. Notre système a eu tendance à mettre l'accent sur les connaissances et il nous faudra améliorer la valorisation des compétences.

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

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

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

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

Nous pouvons imaginer d'aller plus loin dans quelques années en multipliant les interactions entre les écoles d'infirmières et d'aides-soignants et en encourageant le travail en partenariat et en décloisonnement entre les quatre

métiers dits des professions de santé, ce qui implique d'instaurer une véritable culture commune à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Comme vous l'avez suggéré, les campus des métiers et des qualifications pourront nous aider à franchir ce qui constituera une étape de redéploiement.

II. EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Rénovation de l'accès aux études médicales et suppression du *numerus clausus*

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

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

Il est cependant utile de poser, à l'article 1^{er}, le principe selon lequel la répartition optimale des futurs professionnels est une préoccupation prise en compte dès la formation. Tel est l'objet de cet amendement visant à compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante : « *Elles favorisent, par leurs modalités d'accès et leur organisation, la répartition optimale des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.* »

La commission adopte l'amendement.

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

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

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

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Votre intention me semble largement excéder le champ du projet de loi, puisque votre amendement ne porte

pas sur les seules formations en santé mais concerne l'ensemble des formations d'enseignement supérieur. Pour cette raison, il n'est pas recevable.

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

Je suis donc défavorable à l'amendement AC9.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AC25 du rapporteur pour avis.

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

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

La commission adopte l'amendement.

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

Après l'article 1^{er}

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

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

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

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

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Votre amendement consiste à demander au Gouvernement un rapport sur le coût engendré par une augmentation

des bourses des étudiants en médecine, et met cette question en relation avec le coût des préparations privées.

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

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

La commission rejette l'amendement.

Article 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Maxime Minot. Je le maintiens.

La commission rejette l'amendement.

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

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

La commission adopte l'amendement.

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

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

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

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

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

La commission adopte l'amendement.

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

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

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

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

Cette situation entraîne la mise en œuvre de solutions de bricolage parfois honteuses. C'est notamment le cas à Laval, où on a dû faire appel à des médecins retraités, aidés de jeunes non diplômés, pour répondre aux besoins de la population en matière de soins. Les perspectives qu'évoquent aujourd'hui certains managers de la santé consistent à permettre à des étudiants de deuxième année de

rendre des services dans ces territoires moyennant salaire. Une telle pratique comporte un risque, celui de mettre en place une médecine de seconde zone.

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

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

La commission rejette l’amendement.

Elle examine l’amendement AC27 du rapporteur pour avis.

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

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

La commission adopte l’amendement.

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

Après l’article 2

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

Mme Muriel Ressiguiet. Par l’amendement AC16, nous souhaitons la production d’un rapport sur la mise en place d’un enseignement introductif dans le deuxième cycle des études de médecine sur la médecine scolaire. Ce rapport

viendrait détailler l'impact dudit enseignement sur l'évolution du nombre d'inscrits à ce concours particulier, ainsi que l'accroissement du nombre de praticiens.

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

*

* *

En conséquence, sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des Affaires culturelles et de l'Éducation émet un avis favorable à l'adoption des articles 1 et 2 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681).

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES AUDITIONS CONDUITES PAR LE RAPPORTEUR

- **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) – Mme Clara Bonnavion**, présidente, et **M. Pierre-Adrien Girard**, vice-président chargé de la PACES
- *Audition commune :*
 - **Université de Bretagne occidentale (UBO) – M. Matthieu Gallou**, président
 - **Université d’Angers – M. Didier Le Gall**, premier vice-président
- **Pr. Nicolas Lerolle**, doyen de la faculté de médecine de l’université d’Angers, **Mme Catherine Passirani-Malleret**, directrice enseignante de PLURIPASS, **M. Cédric Annweiler**, directeur du département médecine, **M. Yannick Diquelou**, directeur administratif de PLURIPASS, et **M. Frédéric Lagarce**, directeur du département pharmacie
- *Table ronde réunissant :*
 - **Cours Galien – M. Claude Lopez**, président
 - **Excosp – Mme Roxane Laurenty**, présidente
 - **Réussirmapaces.fr – M. Pierre-Axel Domicile**, fondateur
- **Union nationale lycéenne (UNL) – M. Louis Boyard**, président
- *Table ronde réunissant :*
 - **Conférence des Doyens des facultés de médecine – M. Jean Sabilia**, président
 - **Conférence des Doyens des facultés de pharmacie de France – Pr. Marc Pallardy**, doyen de la faculté de pharmacie de l’université Paris-Sud, et **Pr. Jean-Pierre Gies**, doyen de la faculté de pharmacie de l’université de Strasbourg

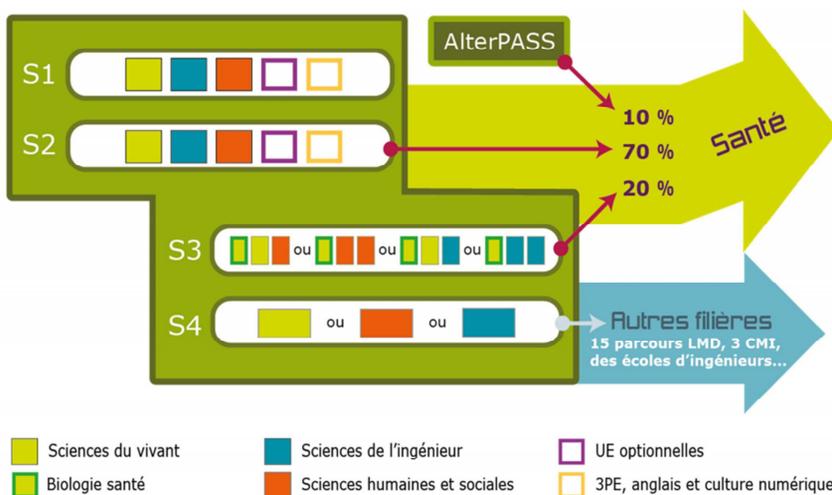
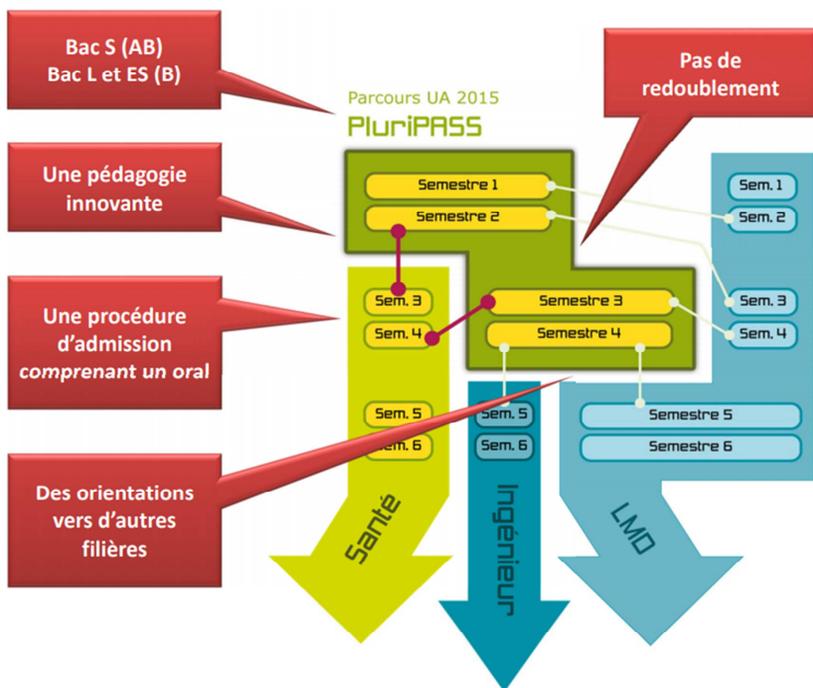
– **Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMa)** – **Mme Véronique Lecointe**, présidente, et **Mme Marie-Christine Leymarie**, directrice de la structure de formation en maïeutique du CHU de Clermont-Ferrand

– **Conférence des doyens d’odontologie** – **Mme Corinne Taddei-Gross**, présidente, **M. Reza Chirani**, doyen de la faculté d’odontologie de Brest, **M. Bernard Giumelli**, doyen de la faculté d’odontologie de Nantes, et **M. Louis Maman**, doyen de la faculté d’odontologie de Paris Descartes

- **Dr. Donata Marra**, auteure du rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (avril 2018)
- **Haut conseil de l’évaluation de la recherche et de l’enseignement supérieur (HCERES)** – **M. Michel Cosnard**, président, et **M. Jean-Marc Geib**, directeur
- **Conférence des présidents d’université (CPU)** ^(*) – **M. Olivier Laboux** vice-président, président de l’université de Nantes, **Mme Michèle Cottier**, vice-présidente de la commission santé de la CPU, présidente de l’université de Saint-Étienne, **M. Kévin Neuville**, conseiller en charge des relations institutionnelles et parlementaires
- **Université Paris Descartes** – **M. Frédéric Dardel**, président

() Ce représentant d’intérêts a procédé à son inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale*

ANNEXE N° 2 : LE PARCOURS PLURIPASS MIS EN PLACE PAR L'UNIVERSITÉ D'ANGERS



Source : blog de l'université d'Angers