



N° 92

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 juillet 2017.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *ratifiant l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'**adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé***,

PAR M. THOMAS MESNIER,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 8.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
TRAVAUX DE LA COMMISSION	9
I. AUDITION DE LA MINISTRE ET DISCUSSION GÉNÉRALE	9
II. EXAMEN DES ARTICLES	31
<i>Article premier</i> : Ratification de l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé.....	32
<i>Article 2</i> : Consultation des ordres sur le montant des indemnités versées aux présidents des instances disciplinaires.....	57
<i>Article 3</i> : Dispositions relatives à l'ordre des pharmaciens	57
<i>Article 4</i> : Entrée en vigueur du régime d'incompatibilité.....	58
<i>Article 5</i> : Report de l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la certification des comptes et aux marchés publics.....	58
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	61

AVANT-PROPOS

Le Gouvernement a procédé à la publication de deux ordonnances relatives au fonctionnement des ordres de santé prise en application de l'article 212 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système santé.

Une première ordonnance relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé a été publiée le 17 février 2017⁽¹⁾. Elle a pour principal objet de réviser les règles de composition des conseils ordinaires. La seconde ordonnance, publiée en avril 2017, fait l'objet du projet de loi de ratification⁽²⁾. Elle prévoit plusieurs évolutions touchant l'organisation territoriale, l'application du code des marchés publics, ou le fonctionnement des instances disciplinaires.

L'habilitation par ordonnance avait été demandée par voie d'amendement gouvernemental lors de l'examen en première lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Présenté en fin de texte, l'amendement n'avait pas fait l'objet d'échanges permettant d'en préciser la portée ainsi que ses effets. Les parlementaires avaient dû se contenter d'une présentation assez sibylline par le Gouvernement : « *Il s'agit d'un amendement de simplification portant sur les ordres des professions de santé* »⁽³⁾. C'est la raison pour laquelle le Sénat, s'abritant derrière le caractère sensible des sujets, avait purement et simplement opté pour une suppression de l'habilitation⁽⁴⁾. L'habilitation avait toutefois été réintroduite lors de l'examen du texte en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale.

S'agissant d'une modification en cours de lecture, le Gouvernement n'était pas tenu par la nécessité de remettre une étude d'impact et rien ne l'obligeait à faire état avec précision de la teneur des dispositions qu'il envisageait de prendre par ordonnance.

En outre, aucune étude d'impact n'est déposée à l'appui d'un projet de loi de ratification. Initialement envisagée dans le projet de loi portant sur la loi organique relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, la disposition avait fait l'objet d'une censure par le Conseil constitutionnel. Il rappelle que « *c'est au moment de l'habilitation que le Parlement doit opérer son*

(1) Ordonnance n° 2017-192 du 17 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé.

(2) Ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé.

(3) M. Olivier Véran, Mme Bernadette Laclais, M. Jean-louis Touraine, Mme Helene Geoffroy et M. Richard Ferrand, rapport portant sur le projet de loi relatif à la santé, Assemblée nationale, session ordinaire 2015-2016, N°2673, mars 2015.

(4) Rapport n° 653 (2014-2015) de M. Alain MILON, Mmes Catherine DEROCHE et Élisabeth DOINEAU, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015.

contrôle sur l'opportunité de l'habilitation. Ce n'est pas une fois tout le travail fait et l'ordonnance entrée en vigueur »⁽¹⁾.

En l'espèce, notre assemblée ne peut que se référer aux éventuelles précisions apportées dans le cadre des travaux parlementaires pour comprendre les enjeux et s'en remettre aux dispositions contenues dans l'exposé sommaire de l'amendement portant habilitation.

On y découvre que les sept ordres de professions sont concernés⁽²⁾. Les mesures envisagées sont aussi assez variées : évolution de la composition et des compétences des organes composant les ordres, allègement des procédures, renforcement des moyens destinés à veiller au respect de la législation relative aux avantages consentis par les entreprises, modalités d'intervention des ordres en matière d'exercice professionnel.

Il est également prévu de soumettre les ordres au respect des dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

Des préconisations portant sur l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes formulées ont été formulées par l'IGAS. Leurs conclusions n'ont toutefois pas été rendu publiques mais le rapporteur a été en mesure d'en prendre connaissance. Selon les échanges avec le Gouvernement, les évolutions suggérées par la haute juridiction administrative portent, quant à elle, sur l'indépendance et l'impartialité des instances disciplinaires. Le rapporteur a aussi pris connaissance d'une synthèse de ces recommandations.

Il faut enfin s'en rapporter aux éléments formulés par la Cour des Comptes qui ont surtout concerné l'ordre des médecins, celui des pharmaciens ou encore des chirurgiens-dentistes.

Dans un référé daté de 2013, la Cour des comptes s'était interrogée sur les relations entre l'État et l'ordre des pharmaciens. Marqués par une certaine inertie, les services de l'État n'auraient pas exercé les diligences nécessaires qui auraient sans doute permis d'éviter certains dysfonctionnements. La Cour relève les atermoiements de l'administration quant à l'application du code des marchés publics, l'absence de suivi des « *décisions ministérielles en terme de charges fiscales et sociales dues au titre des indemnités ordinaires* ». La Cour s'étonnait aussi de l'inertie « *plus anormale encore dans les champs contentieux et disciplinaires* ». À l'absence de désignation des magistrats par les juridictions administratives pour présider les formations disciplinaires s'ajoutait l'affaiblissement du rôle disciplinaire de l'ordre en raison de contrôles insuffisants.

(1) *Décision n° 2009-579 DC du 9 avril 2009.*

(2) *Médecins, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues.*

Dans son rapport de 2012 portant sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes jugeait sévèrement les lacunes de l'ordre des médecins dans le contrôle de la déontologie médicale. Elle le considérait « *très décevant, qu'il s'agisse du traitement des plaintes, du respect du tact et de la mesure dans la détermination des honoraires, ou de la prévention des conflits d'intérêts* »⁽¹⁾.

Plus récemment, le rapport public 2017 de la Cour des comptes a sensiblement écorné les dérives de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. Elle a pu conclure à la sortie de l'ordre « *du champ des compétences que le législateur lui a assignées et n'a pas mis en place les règles d'autocontrôle qui auraient dû aller de pair avec l'exercice de ses missions de service public* ». En définitive, la Cour encourageait une profonde et urgente réforme de l'ordre et formulait plusieurs recommandations touchant notamment à l'organisation territoriale ou à la composition de la chambre disciplinaire nationale⁽²⁾.

Selon le rapport remis au Président de la République à l'appui de l'ordonnance, celle-ci procède à l'évolution des « *compétences des organes des ordres en vue de renforcer l'échelon régional et d'accroître le contrôle par le conseil national des missions de service public exercées par les organes régionaux* », l'application « *aux conseils nationaux des ordres de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics* », la prise en considération « *des évolutions propres à certains ordres* » et la révision de la « *composition des instances disciplinaires des ordres afin de la mettre en conformité avec les exigences d'indépendance et d'impartialité* ».

L'ordonnance reste du domaine réglementaire jusqu'à sa ratification par le Parlement qui lui confère une valeur législative. Elle reste ainsi soumise à des possibles recours contentieux administratifs. Le rapporteur a ainsi été informé que des jugements du Conseil d'État ont été rendus en référé sur l'ordonnance soumise à notre ratification.

Si la rédaction de l'ordonnance du 16 février 2017 a fait l'objet d'échanges avec les services du ministère de la santé, les ordres professionnels regrettent une concertation moins nourrie dans le cadre de l'élaboration du second texte. Ils déplorent particulièrement l'absence d'échanges portant sur les modalités de mise en œuvre d'évolutions organisationnelles importantes dictant *in fine* la saisine de la juridiction administrative (regroupement des conseils départementaux, certification des comptes combinés au niveau national, incompatibilités de fonction, assujettissement à la réglementation sur les marchés publics).

(1) *Cour des comptes, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, « chapitre IX : Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale », 2012, pp. 264-2900).

(2) *Cour des comptes, le rapport public annuel 2017, Tome I, les observations*, « L'ordre national des chirurgiens-dentistes : retrouver le sens du service public », pp. 115-141

L'élévation au niveau législatif permet d'écarter ce risque mais investit le législateur de l'importante mission d'apurement des éventuelles divergences restantes en faisant preuve de pédagogie. La lecture attentive des dispositions législatives permet en effet de lever un certain nombre d'incompréhensions même si la publication de deux ordonnances successives rend délicates l'articulation de leurs dispositions et leur lecture.

Les services de l'État ont ainsi procédé à des correctifs au fur et à mesure de la publication des ordonnances. Cohérent du point de vue gouvernemental, ce choix se heurte cependant à une autre réalité : l'ordre de publication des textes n'est pas forcément suivi pour celui de l'examen des projets de loi de ratification par le Parlement et entretient ainsi une certaine confusion dans l'articulation des dispositions applicables. En résumé, l'impératif de lisibilité et d'intelligibilité des normes a pu être perdu de vue.

Par ailleurs, en s'abstenant parfois de s'interroger sur le caractère législatif ou non de certaines dispositions, le Gouvernement contraint son action. En cas de modification ultérieure, il se prive de la souplesse qu'offrirait l'élaboration d'un texte réglementaire.

Le rapporteur émet le vœu qu'il puisse être tenu compte de ces remarques constructives lorsque le Parlement se trouvera saisi des prochains projets de loi.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DE LA MINISTRE ET DISCUSSION GÉNÉRALE ⁽¹⁾

La Commission procède à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur le projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé, lors de sa séance du mercredi 12 juillet 2017.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. L'ordre du jour appelle l'examen de trois projets de loi autorisant la ratification d'ordonnances en matière de santé.

J'ai avancé l'heure de la présente réunion afin que nous bénéficions de la présence de la ministre des solidarités et de la santé qui, compte tenu de ses obligations, devra nous quitter après l'intervention des rapporteurs. Nous procéderons ensuite à la discussion générale commune des trois textes avant de procéder à l'examen des articles de chacun d'entre eux.

Au nom de la Commission, je vous souhaite la bienvenue, madame la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je vous remercie pour votre accueil, madame la présidente et je vous prie de bien vouloir m'excuser de vous avoir demandé d'avancer d'une demi-heure vos travaux.

Je viens présenter aujourd'hui devant votre Commission quatre ordonnances rédigées en application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Ces ordonnances vous sont présentées en vue de leur ratification législative ; elles seront discutées en séance publique le 19 juillet prochain.

Ni vous, pour la grande majorité en tout cas, ni moi n'avons été directement impliqués dans les débats parlementaires qui ont conduit le dernier gouvernement de la précédente législature à prendre par voie d'ordonnance, dans des délais limités, les dispositions qui vous sont soumises aujourd'hui. Nous sommes de ce fait sur un plan d'égalité et je m'efforcerais par conséquent d'être

(1) *Audition et discussion générale commune sur les projets de loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (n° 6), ratifiant l'ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017 relative à la profession de physicien médical et l'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé (n° 7), et ratifiant l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé (n° 8).*

aussi claire que possible dans la présentation de chacun de ces textes, dans la description des objectifs poursuivis, des conditions dans lesquelles ils ont été élaborés ainsi que de leur contenu. Et je répondrai naturellement aux questions que vous pourriez vous poser.

Je commencerai par l'ordonnance relative à la profession de physicien médical. Elle reconnaît les physiciens médicaux comme exerçant une profession de santé, ce qui répond à un des objectifs du plan « Cancer 2014-2019 » et donne suite aux conclusions des travaux du Comité de suivi de la radiothérapie mis en place après l'accident d'Épinal. Cela concerne en France une population de 600 radio-physiciens.

En définissant les conditions d'exercice de la profession de physicien médical, le présent projet de loi de ratification de l'ordonnance parachève un important travail de concertation mené en juin 2016 avec les représentants des physiciens médicaux, des spécialités médicales concernées – imagerie médicale, médecine nucléaire, radiothérapie – et avec les représentants de l'Autorité de sûreté nucléaire. La reconnaissance du métier de physicien médical en tant que profession de santé, par une définition précise de son rôle et de ses missions, contribuera à renforcer la qualité et à sécuriser les pratiques dans le domaine de l'utilisation des rayonnements ionisants.

L'article 1^{er} de l'ordonnance insère dans le livre II de la quatrième partie du code de la santé publique la profession de physicien médical dans le même chapitre que celle de pharmacien. Les deux professions ont en effet en commun le contrôle de la prescription médicale : contrôle de la dose de rayonnements ionisants pour les premiers et de la posologie des médicaments pour les seconds. Le livre II est désormais intitulé : « *Professions de la pharmacie et de la physique médicale* ».

La profession de physicien médical est définie par : l'expertise de ce dernier au sein d'une équipe pluri-professionnelle, expertise qui concerne toute question relative à la physique des rayonnements ionisants ou des autres agents physiques dans les applications liées à la thérapie et à l'imagerie médicale ; les grandes lignes de sa fonction que sont la mise au point de la qualité d'image, l'optimisation de l'exposition aux rayonnements ionisants – la dosimétrie – et des autres agents physiques ; enfin par sa mission essentielle, veiller à ce que les doses radioactives administrées au patient soient appropriées à l'état de santé de ce dernier et au traitement prescrit.

La déclinaison plus précise des missions et des conditions d'intervention du physicien médical sont renvoyées à un décret en Conseil d'État qui sera prochainement rédigé et fera l'objet d'une concertation.

Les articles suivants traitent, selon un plan commun à toutes les professions de santé : des conditions d'exercice de la profession de physicien médical, des conditions d'enregistrement des diplômes, ou encore de l'exercice

illégal de la profession. Ces différentes dispositions sont destinées à organiser et à sécuriser l'exercice de la profession et à améliorer la prise en charge des patients.

J'en viens à l'ordonnance relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé ; elle transpose en droit interne trois dispositifs nouveaux mis en place par une directive européenne de 2013 : la carte professionnelle européenne (CPE), l'accès partiel et le mécanisme d'alerte. Elle introduit par ailleurs au niveau législatif la procédure destinée à sécuriser et harmoniser la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens pour les cinq métiers de l'appareillage et pour l'usage du titre de psychothérapeute. Enfin, l'ordonnance supprime, pour répondre à la demande de la Commission européenne, la condition d'exercice de trois années imposée aux ressortissants de l'Union européenne pour l'accès en France à une formation de troisième cycle des études médicales ou pharmaceutiques.

Je sais, et même je comprends, les inquiétudes que la présentation de ce texte a pu susciter auprès des professionnels de santé, à travers l'introduction des dispositions relatives à l'accès partiel. Je tiens donc à revenir rapidement sur les raisons qui ont conduit le Gouvernement à présenter ce texte sous cette forme, ainsi qu'à vous indiquer dans quelles conditions il me semble que la mise en œuvre de ce dispositif devra s'opérer.

La directive communautaire du 20 novembre 2013, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, aurait dû être transposée dans le droit français au plus tard le 18 janvier 2016. Depuis cette date, la France est exposée à deux avis motivés de la Commission européenne pour défaut de transposition. Ce manquement à ses obligations constitue la dernière étape avant une saisine de la Cour de justice de l'Union européenne. Aussi la marge de manœuvre du Gouvernement est-elle des plus réduites.

En ce qui concerne, par ailleurs, la possibilité qui aurait consisté à exempter l'ensemble des professions de santé, ou certaines d'entre elles, du champ d'application de l'accès partiel, les différentes analyses juridiques réalisées – dont celle du Conseil d'État – ont confirmé qu'il ne s'agissait pas d'une option envisageable au regard du droit et de la jurisprudence communautaire.

J'affirme toutefois devant vous que je serai particulièrement vigilante quant aux conditions de déploiement de l'accès partiel au sein de notre système de santé. Cette vigilance pourra justifier d'en appeler à la raison impérieuse d'intérêt général dès lors que l'autorisation d'un professionnel à l'accès partiel fera courir un risque à la qualité et à la sécurité des prises en charge. Ce risque ne peut en effet être évacué dans un système où les compétences respectives des professionnels de santé sont complémentaires et articulées entre elles et parfaitement connues des professionnels eux-mêmes comme des usagers. Des dispositions permettant ce contrôle effectif devront être incluses dans le décret en Conseil d'État à prendre cet été et les ordres professionnels seront systématiquement consultés sur toute demande d'accès partiel.

Pour ce qui est de l'ordonnance concernant l'adaptation des dispositions relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé, elle a pour objectif de renforcer l'indépendance et l'impartialité des juridictions ordinaires, ainsi que de faire évoluer les compétences des organes des ordres et de permettre l'application par leurs conseils nationaux de la législation relative aux marchés publics. Elle intègre un certain nombre de recommandations du Conseil d'État qui avait mené une mission d'inspection des juridictions administratives, mais aussi des recommandations de la Cour des comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales qui ont successivement conduit, depuis 2012, des missions d'inspection et de contrôle portant sur les ordres des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes.

J'ai conscience que certaines des modifications qu'il reviendra aux ordres de mettre en œuvre affecteront leur fonctionnement habituel ; mais les objectifs poursuivis ne me semblent pas discutables et j'ai confiance dans leurs capacités d'adaptation. Je serai par ailleurs attentive à ce que les dispositions transitoires qu'il reviendra de prendre par décret les accompagneront au mieux dans l'adaptation de ces réformes.

L'ordonnance se divise en trois chapitres qui concernent le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et enfin les dispositions transitoires et finales.

Le chapitre I^{er} concernant le code de la santé publique conforte le contrôle de l'échelon national des ordres – suivi de la politique immobilière de l'ordre, certification des comptes combinée au niveau des conseils nationaux, application des principales règles des marchés publics – et renforce les notions d'impartialité et d'indépendance tant pour les conseils que pour les chambres disciplinaires présidées par un magistrat – incompatibilités, limite d'âge, durée du mandat, conditions de détermination et de publicité des indemnités...

Le chapitre II concerne le code de la sécurité sociale et applique aux sections des assurances sociales de la chambre disciplinaire les conditions d'exercice des conseillers d'État et des magistrats administratifs qui en assurent la présidence.

Enfin, le chapitre III, qui regroupe les dispositions transitoires et finales, distingue les articles du code de la santé publique issus de la présente ordonnance, qui entrent en vigueur au lendemain de sa publication, de ceux qui entrent en vigueur à compter des prochains renouvellements des conseils.

Je termine par l'ordonnance de mise en cohérence des textes pris en application de la loi de modernisation de notre système de santé. Cette ordonnance a été voulue par le législateur au moment du vote de la loi pour permettre la mise en cohérence, à droit constant, des dispositions existantes connexes avec les dispositions nouvelles introduites par la loi, et pour supprimer des dispositions

devenues obsolètes ou redondantes. C'est une opération synonyme de meilleure lisibilité du droit et de sécurité juridique.

Le délai d'habilitation s'étend jusqu'au 26 janvier 2018. Certaines coordinations utiles et opportunes étant d'ores et déjà disponibles, elles ont fait l'objet d'une première ordonnance. C'est celle-ci que le Gouvernement vous demande de ratifier.

Il y aura d'ici au 26 janvier 2018 une seconde ordonnance de coordination si les débats révèlent des besoins de coordination non satisfaits.

L'ordonnance dont la ratification est demandée contient deux blocs de dispositions.

Le titre I^{er} – articles 1^{er}, 2, 3 et 4 –, d'abord, modifie les dispositions des codes de la santé publique, de la sécurité sociale, de l'éducation et du code général des impôts, afin de tirer les conséquences de la réintroduction, par la loi, du service public hospitalier. La réaffirmation du service public hospitalier a pour intérêt de donner davantage de lisibilité aux patients dans l'offre hospitalière. Le service public hospitalier a en effet été ouvert à l'ensemble des établissements de santé, indépendamment de leur statut. Il repose non plus sur une liste de missions mais sur des obligations de service public qui s'imposent aux établissements de santé faisant le choix du service public hospitalier.

Parmi ces obligations figurent notamment l'égalité et la permanence de l'accès aux soins ou encore l'accessibilité financière. L'ordonnance précise notamment l'articulation entre les dispositions sur le service public hospitalier et celles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Elle lève toute ambiguïté sur le fait que la possibilité est maintenue pour ces praticiens de réaliser des dépassements d'honoraires, mais dans des conditions bien précises, et sous réserve que les patients puissent bénéficier d'une alternative sans dépassements d'honoraires. C'était clairement l'intention du législateur.

Le titre II – articles 5, 6, 7 et 8 –, ensuite, procède aux adaptations nécessaires dans des domaines plus divers comme le partage des informations au sein de l'équipe de soins, l'hébergement des données de santé à caractère personnel, la concertation avec les représentants des associations d'usagers, le développement personnel continu des professionnels de santé, la fusion des collèges de médecins spécialistes, la détermination de zones géographiques caractérisées par des offres de soins – soit surdotées, soit sous-dotées –, enfin la fusion des comités consultatifs nationaux des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Je vous remercie de votre attention et me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, rapporteure. Mme la ministre vient de l'indiquer : nous examinons trois projets de loi ratifiant quatre ordonnances, toutes concernant le domaine de la santé.

L'occasion m'est offerte de faire le point sur le processus de ratification des ordonnances, cela afin que nous menions un débat éclairé.

Pour légiférer par ordonnances, il faut respecter six grandes étapes.

Tout d'abord, le Gouvernement doit demander au Parlement l'autorisation de prendre par ordonnances, pendant un délai limité, des mesures qui sont normalement du domaine de la loi. Cela peut prendre la forme d'un projet de loi dédié, comme le projet de loi d'habilitation actuellement débattu. Mais ces habilitations peuvent également être contenues au sein d'une loi plus vaste : c'est le cas des ordonnances qui nous occupent aujourd'hui, qui ont été prévues par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Celle-ci contenait de très nombreuses habilitations à légiférer par ordonnance.

Deuxième étape : une fois l'autorisation du Parlement obtenue, l'ordonnance est rédigée par le Gouvernement et adoptée en conseil des ministres.

L'ordonnance doit ensuite être signée par le Président de la République.

Puis elle est publiée au *Journal officiel* et, dès lors, entre en vigueur.

Cinquième étape : le Gouvernement présente un projet de loi de ratification de l'ordonnance avant la date butoir fixée par la loi d'habilitation. Si le Gouvernement ne présente pas de projet de loi dans les temps, l'ordonnance devient caduque. Pour les ordonnances que nous examinons ce matin, le projet de loi de ratification a été déposé dans les délais prévus – de douze ou dix-huit mois selon les cas. Les dispositions des ordonnances dont nous allons discuter sont donc déjà entrées en vigueur.

Dernière étape : le Parlement peut ratifier l'ordonnance qui prend alors force de loi – c'est ce que nous sommes sur le point de faire.

Si, en revanche, le Parlement ne ratifie pas l'ordonnance, celle-ci reste en vigueur mais garde une valeur réglementaire, et donc, n'ayant pas force de loi, elle se révèle beaucoup moins puissante.

C'est à cette dernière étape, celle de la ratification parlementaire, que nous nous trouvons aujourd'hui.

Le projet de loi dont j'ai rédigé le rapport a pour but de ratifier une ordonnance dite « de mise en cohérence » ; il ne s'agit donc pas d'un travail de fond mais plutôt de forme. Concrètement, cette ordonnance permet de coordonner l'ensemble des dispositions législatives en vigueur issues de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle vise donc principalement à adapter le droit aux modifications opérées par cette loi de 2016, et notamment à

réintroduire la notion très particulière de « service public hospitalier » que je détaille dans mon rapport. Ce service public était défini à travers quatorze missions, des modes opératoires, bref des critères matériels alors qu'il s'agit d'en faire une entité organique, un véritable corps. Aussi, si vous en êtes d'accord, nous allons « toiler » le droit en vigueur afin qu'il soit le plus lisible et le plus cohérent possible. Il n'est donc pas question, j'y insiste, de modifier le fond de la politique de santé publique.

En tant que médecin de santé publique, je ne vous cache pas que l'intitulé du texte a appelé mon attention et m'a conduit à me porter volontaire pour rédiger le rapport, d'autant qu'il importe à mes yeux de développer, au-delà de la culture du soin, une culture de santé publique – on évoque souvent l'offre de soins et pas encore l'offre de santé. Nous devons rester attentifs à tout ce qui touche à la prévention – une préoccupation du Gouvernement – et à la lutte contre les déserts médicaux – moi qui exerce dans le monde rural je sais combien la situation, en la matière, est critique.

L'ordonnance est très technique mais nécessaire. Elle clarifie et sécurise les textes juridiques au profit des professionnels du droit et au profit des professionnels de la santé. Comme l'a souligné le ministre, elle élimine les contradictions ainsi qu'un certain nombre de référencements obsolètes. Nous entendons rendre la loi plus intelligible, plus accessible, afin que les citoyens soient mieux à même de se l'approprier.

Mme Élisabeth Toutut-Picard, rapporteure. Le deuxième projet de loi que nous allons examiner vise à ratifier deux ordonnances, toutes deux issues d'une habilitation contenue dans la loi de janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La première ordonnance permet la reconnaissance de la profession de physicien médical comme profession de santé. Les physiciens médicaux jouent aujourd'hui un rôle déterminant dans la qualité et la sécurité des soins, en particulier dans le domaine de la radiothérapie – la cancérologie. Toutefois, malgré le niveau très élevé de qualification de ces professionnels – bac plus sept au minimum –, cette profession n'était toujours pas reconnue comme une profession de santé à part entière. Cette ordonnance y remédie et permettra aux physiciens médicaux de trouver pleinement leur place au sein des équipes soignantes. J'ai pu constater lors de mes auditions que cette ordonnance est très bien accueillie – ce qui du reste n'a rien d'étonnant car elle est le fruit d'une très longue concertation avec les professionnels concernés.

La seconde ordonnance, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé, procède à plusieurs évolutions. L'ordonnance transpose notamment une directive européenne de 2013. Je m'attarderai sur l'accès partiel, qui constitue de loin la mesure la plus importante.

Tout d'abord, qu'est-ce que l'accès partiel ? Il s'agit à l'origine d'une création jurisprudentielle de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE). L'accès partiel signifie que les membres d'une profession réglementée peuvent bénéficier de la mobilité dans un autre État membre pour y exercer des activités spécifiques. Plus concrètement, la Cour a considéré qu'exclure la reconnaissance d'un titre de masseur-balnéothérapeute constituait une entrave à la liberté d'établissement. Elle a donc reconnu qu'un masseur-balnéothérapeute dûment formé en Allemagne pouvait bénéficier d'un accès partiel à la profession de kinésithérapeute en Grèce. Cet accès partiel, notion reprise par la directive européenne de 2013, est néanmoins très encadré : je vous renvoie à mon rapport pour de plus amples détails.

Pouvait-on juridiquement exclure les professions de santé de cette possibilité d'accès partiel ? C'est ce que pensent les professionnels de la santé en se référant à un alinéa de la directive qui prévoit une dérogation pour motif d'intérêt général. Or j'ai acquis la conviction que la solution retenue par l'ordonnance est juridiquement fondée : cette exclusion ne peut être qu'une exclusion au cas par cas, et il est impossible d'exclure *a priori* les professions de santé du dispositif. Il importe en effet de mettre le demandeur en mesure de pouvoir démontrer qu'il remplit les exigences de l'État d'accueil, quitte à ensuite refuser la demande pour motif d'intérêt général. Ne pas le faire multiplierait de façon considérable les risques contentieux.

Comment lever les craintes des professions de santé ? L'examen au cas par cas prévu par l'ordonnance autorise l'État d'accueil à refuser une demande pour raison d'intérêt général.

Un décret d'application est en cours de préparation et fera l'objet d'un avis émis par le Haut comité des professions paramédicales au mois de septembre. Il m'a été indiqué que les professions de santé seront consultées. Ce texte devrait proposer un dispositif qui les associerait en amont de l'accès partiel. Les ordres devraient pouvoir définir les critères d'acceptation ou de refus. Cette solution est cohérente au regard de la place aujourd'hui dévolue aux professions de santé dans le cadre des procédures de prestations de services ou d'établissement.

Je souligne par ailleurs que le texte de l'ordonnance prévoit l'établissement par les ordres d'une liste des activités que les demandeurs seront autorisés à effectuer. Le texte leur ouvre la voie à un contrôle *a posteriori*. En effet, les intéressés sont soumis aux mêmes droits mais aussi aux mêmes obligations, ainsi que l'ordonnance le mentionne.

Il reste une dernière question en suspens. L'ordonnance, comme du reste la directive, dispose que l'accès partiel ne s'applique pas aux professionnels de santé faisant l'objet d'une reconnaissance automatique. Pour ces professions, l'accès partiel n'aurait plus de raison d'être. Toutefois, un débat a lieu sur la portée de la reconnaissance automatique : concerne-t-elle la profession dans son ensemble ou seulement les qualifications reconnues au niveau communautaire ?

Le choix a été fait, dans l'ordonnance, de circonscrire la reconnaissance automatique aux qualifications reconnues par les textes européens. Cela étant, la CJUE pourrait très probablement préciser prochainement sa jurisprudence sur le sujet. Il me semble nécessaire que le législateur suive avec attention ces évolutions qui conditionneront sans doute la portée de l'accès partiel.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La dernière ordonnance soumise à notre ratification concerne le fonctionnement des ordres de santé.

La Commission est aujourd'hui conduite à se prononcer sur ce texte pour une raison immédiate. Il y a en effet urgence : tant que l'ordonnance n'est pas ratifiée, elle conserve une valeur réglementaire et reste sujette à des recours devant le juge administratif. Pas moins de trois procédures ont été engagées par les ordres. L'élévation au niveau législatif éloigne le risque d'annulation qui pourrait fragiliser leur fonctionnement ainsi que les opérations de renouvellement des conseils.

Toutefois, l'éloignement du risque contentieux ne dispense pas le législateur d'apurer les différends. On peut y remédier en apportant des correctifs par voie d'amendements : j'y reviendrai. On peut aussi aplanir le terrain en faisant œuvre de pédagogie. Je vais tâcher de m'y employer.

L'ordonnance reprend des recommandations convergentes de l'Inspection générale des affaires sociales, du Conseil d'État et de la Cour des comptes. Je dois d'ailleurs souligner, au passage, la bienveillance de la ministre ainsi que la qualité du travail et des échanges avec son cabinet.

Les évolutions opérées par le texte sont de deux ordres.

Le premier enjeu concerne l'organisation. L'ordonnance renforce le pilotage des conseils nationaux et comprend plusieurs dispositions de nature à garantir un meilleur fonctionnement. La défense de l'indépendance de la profession se trouve renforcée. Citons ainsi la possibilité accordée aux présidents des conseils ordinaires d'ester en justice ainsi que la faculté des mêmes conseils à se porter partie civile. De nouvelles garanties sont aussi prévues pour améliorer la gestion des ordres. Je pense ainsi à la certification des comptes combinés au niveau national, ou à l'application adaptée des règles de marchés publics. Le texte met en place un règlement intérieur national destiné à encadrer les opérations électorales. L'ordonnance renforce aussi le poids des conseils ordinaires, en prévoyant la possibilité de fusionner des conseils départementaux. Dans le même esprit, elle renforce enfin la légitimité des conseils nationaux des ordres paramédicaux, en leur confiant l'appel et le recouvrement des cotisations.

Le deuxième enjeu vise à accroître l'indépendance et l'impartialité des ordres et de leurs juridictions. L'esprit de l'ordonnance s'inspire des principes de la Cour européenne des droits de l'Homme, garantissant le droit à un procès équitable. Elle reprend notamment « la théorie des apparences » : si le juge doit intervenir, il doit le faire de telle sorte que justice paraisse avoir été bien rendue.

Cet enjeu explique les évolutions affectant le régime d'incompatibilité aussi bien que le régime indemnitaire ou encore le déport en cas de connaissance des faits ayant conduit à la procédure juridictionnelle.

Nonobstant ces enjeux d'importance, il m'apparaît opportun d'apporter quelques correctifs de nature à permettre une mise en application plus souple. C'est la raison pour laquelle, suite aux auditions que j'ai menées avec tous les ordres, j'ai déposé quatre amendements.

Les ordres appliqueront les mesures proposées mais mettent en avant les difficultés de fonctionnement qu'entraînerait une application immédiate. Les conseils doivent appliquer les nouvelles règles électorales tenant à la parité, à la fixation des limites d'âge et au régime d'incompatibilité. Mener de front ces bouleversements n'est possible que si les ordres peuvent tenir compte des règles au fur et à mesure des désignations ou des renouvellements. Ces modalités ont été retenues pour la parité et la limite d'âge. Je propose d'en faire autant pour les incompatibilités.

Les ordres devront aussi appliquer les nouvelles règles de certification ou d'application des marchés publics. Pour leur laisser le temps de s'y préparer, je propose de reporter le délai d'application d'un an.

Enfin, je propose un amendement correctif destiné à corriger des erreurs matérielles.

J'aimerais enfin achever cette présentation en vous faisant part d'une réflexion. Deux ordonnances ont été publiées sur les ordres de santé : en février, puis en avril 2017. Le texte que nous examinons vise à ratifier la seconde ordonnance. L'articulation entre les deux textes n'est pas des plus évidentes. En effet, cette seconde ordonnance corrige ou modifie des dispositions de la première. Il me semble que l'objectif d'intelligibilité de la norme a été quelque peu perdu de vue. Il me semble donc nécessaire de pouvoir tenir compte de cet impératif à l'avenir et je formule le vœu que cet appel soit entendu.

M. Jean-Pierre Door. Vous nous proposez d'adopter trois textes qui ratifient des ordonnances touchant à la santé et visant à mettre notre droit en conformité avec les dispositions de la loi Touraine, adoptée en 2016. Certains points sont très techniques, et j'évoquerai essentiellement l'ordonnance n° 2017-50, qui soulève quelques questions au sein des ordres professionnels, lesquels s'inquiètent de l'ouverture d'un mécanisme qui permet l'accès partiel à une activité professionnelle. En d'autres termes, cela signifie qu'un diplômé européen ne détenant pas le niveau de formation requis pour exercer pleinement une profession de santé en France pourra s'installer sur le territoire national pour n'exercer que la partie de celle-ci pour laquelle il est qualifié.

Une telle disposition risque à nos yeux d'entraîner une segmentation des professions de santé. Lors de l'examen de la loi Touraine, les parlementaires avaient déjà exprimé leur opposition, et le Sénat avait supprimé cette disposition.

Je rappelle par ailleurs que la directive européenne précise qu'« *un État membre devrait être en mesure de refuser l'accès partiel* », ce qui vaut pour les professions de santé. Dès lors, il n'apparaît pas nécessaire de les ouvrir à un accès partiel.

Quant au projet de loi n° 8, il est stupéfiant ! Nous considérons en effet qu'il n'est pas opportun de s'en remettre à une ordonnance sur des sujets aussi sensibles que l'évolution des compétences des ordres ou la modification de leur composition, d'autant que cette ordonnance a été rédigée sans concertation et qu'elle est contestée par certains ordres.

Tout aussi incompréhensible enfin est le dépôt de ces projets de loi de ratification dans l'été et avec des délais aussi contraints.

Je rappelle que le projet de loi visant à ratifier l'ordonnance de février 2017 avait été retiré, tandis que nous devons nous prononcer sur l'ordonnance d'avril : en clair, la seconde ordonnance sera ratifiée, mais pas la première. Nous sommes en plein illogisme, et l'on met la charrue avant les bœufs. Nous ne sommes pas favorables à ces manières de procéder.

Mme Monique Iborra. Ces ordonnances touchent à des sujets sensibles, et nous regrettons que la ministre n'ait pas pu rester pour participer à nos débats.

L'ordonnance n° 2017-31 vise à mettre notre corpus législatif en cohérence avec la loi de janvier 2016. Cela est notamment rendu nécessaire par la réintroduction dans la loi de la notion de « service public hospitalier », que la loi HPST de 2009 avait, sinon supprimée, du moins largement modifiée.

J'aurais souhaité des précisions sur l'activité libérale des médecins hospitaliers et savoir notamment si les modifications apportées par l'ordonnance touchent seulement quelques spécialités où l'ensemble d'entre elles.

M. Gilles Lurton. Cet accès partiel aux métiers de la santé des professionnels de l'Union européenne nous inquiète. La ministre nous a expliqué qu'il était urgent d'adopter cette ordonnance parce que nous devons transposer la directive européenne. Or cette directive me semble prévoir précisément l'inverse de ce que nous mettons en place. Dès lors, je m'interroge sur le fait de savoir pourquoi l'ordonnance ne reprend pas directement ce que prévoit la directive européenne. Par ailleurs, j'aurais voulu savoir quelles ont été les concertations sur ce point.

En ce qui concerne l'ordonnance relative au fonctionnement des ordres des professions de santé, nous avons interpellé votre prédécesseure sur le fait qu'il était complexe de les réformer par ce biais. Là encore, rien n'y a fait, et il semblerait que cette ordonnance ait été rédigée sans que ni les ordres ni les professionnels aient été consultés. Qu'en est-il exactement ?

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que regretter une telle précipitation dans l'adoption de ces ordonnances.

Mme la rapporteure Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'activité libérale en milieu hospitalier est ouverte à toutes les spécialités. Dans les faits, elle est néanmoins rare, puisque, sur l'ensemble des médecins éligibles, seuls 10 %, soit 4 623 médecins, pratiquent cette activité en milieu hospitalier. Je précise par ailleurs qu'il s'agit d'une activité très encadrée.

Mme la rapporteure Élisabeth Toutut-Picard. Pour répondre à M. Door et à M. Lurton, nous sommes tenus de transposer la directive dans notre droit français. Quant au choix effectué par le Gouvernement, il est juridiquement fondé : l'examen au cas par cas répond à un impératif de sécurité juridique.

On ne peut exclure un risque contentieux : ce risque existe mais il est limité. On ne pourrait pas en dire autant si nous avions fait le choix d'exclure *a priori* les professions de santé.

Avec la procédure d'examen au cas par cas, nous offrons la possibilité aux ressortissants des autres États membres d'instruire leur demande. En fermant au contraire la possibilité même d'instruire le dossier, nous nous mettrions au contraire en situation d'infraction. Dans les deux cas, il y a un risque de contentieux.

Pour autant, le risque est limité dans la procédure au cas par cas. En effet, elle offre la possibilité d'examiner le dossier et, à partir de critères définis en concertation avec les ordres, d'accepter ou de rejeter la demande. L'acceptation ou le rejet seront fondés sur des critères déterminés en lien avec les professions de santé et sur des raisons impérieuses d'intérêt général, ce qui limite considérablement la survenance d'un contentieux.

Il y aura donc un fondement juridique à la décision qui sera prise, alors que ce ne serait pas le cas si l'on excluait une profession *a priori*, ce qui entraînerait un contentieux et la condamnation de l'État. Dans le premier cas en revanche, la décision étant motivée et individualisée, son annulation demeure très hypothétique.

Monsieur Lurton, je vous invite à comparer le contenu de l'ordonnance et celui de la directive : vous verrez que nous avons repris la rédaction de la directive, afin précisément de prévenir tout recours contentieux.

Dans un second temps, lors de l'élaboration du décret d'application, il faudra se pencher en détail sur les modalités d'étude des demandes, et je veillerai personnellement à ce que cela se fasse en concertation avec les ordres et les professionnels de santé.

Je rappelle qu'en pratique, l'accès partiel est le goulot d'une procédure en entonnoir, et la personne qui a le désir d'exercer en France ne le peut qu'au terme

d'un parcours du combattant. Il n'est donc nullement question d'ouvrir les vannes, au contraire. J'ai par ailleurs eu l'assurance du ministère que les professions concernées seront étroitement associées au processus, comme elles seront associées à la rédaction du décret qui doit être publié à l'automne

M. le rapporteur Thomas Mesnier. On peut en effet regretter le manque de concertation, et toutes les personnes que j'ai auditionnées m'ont confirmé qu'elles n'avaient pas été consultées par le précédent gouvernement. Ce sont donc les auditions que j'ai menées la semaine dernière qui auront tenu lieu de concertation, et les amendements que je propose sont le fruit de mes discussions avec les ordres.

Quant au fait que nous ayons à nous prononcer sur l'ordonnance d'avril 2017 mais non sur celle de février, je partage l'avis de M. Door, et j'ai alerté le cabinet de la ministre sur le cas de cette première ordonnance et sur la manière dont il faudra opérer pour sa ratification.

M. Jean-Pierre Door. Le problème est que, si la seconde ordonnance est ratifiée mais pas la première, nous risquons d'avoir, d'une part, une loi et, d'autre part, un décret. C'est un mélange des genres qui, juridiquement, est très problématique.

M. Olivier Véran. Je suis un Européiste convaincu, favorable à la reconnaissance tacite des diplômes au sein de l'Union européenne ainsi qu'à la libre circulation des professionnels de santé, sous réserve que cela se fasse dans de bonnes conditions. On sait en effet que l'établissement du *numerus clausus* dans certaines professions de santé, notamment en médecine, a entraîné des mouvements de professionnels régis moins par un désir individuel de franchir les frontières que par la nécessité de combler une carence démographique

S'agissant des professions de santé concernées par l'ordonnance ouvrant l'accès partiel, nous partageons tous ici, depuis trois ans, la même inquiétude, et elle n'est pas circonscrite à la France. Il y a quelques semaines, quatorze pays ont été rappelés à l'ordre par l'Europe car ils n'avaient pas encore transposé la directive. L'Allemagne et l'Autriche ont, me semble-t-il, opté pour un choix différent du nôtre en matière de transposition : même s'il s'agit d'une différence ténue, l'Allemagne a plutôt retenu un régime d'interdiction, sauf exception, quand nous nous acheminons, comme d'autres pays, vers un régime d'autorisation encadré, sauf exception. Pouvez-vous nous indiquer si une procédure est envisagée à l'encontre de l'Allemagne qui n'a pas transposé la directive à la lettre près ?

En ce qui concerne la procédure en entonnoir, j'aimerais des exemples concrets qui me permettent de mieux saisir son déroulement.

Dans les pays qui ont déjà transposé la directive, quel l'impact cela a-t-il eu sur les professions de santé, par exemple sur les infirmiers qui pratiquent dans un autre pays que le leur des actes correspondant à des compétences partielles ?

Existe-t-il des dispositifs de contrôle ? Comment peut-on exercer ce contrôle *a priori* et non *a posteriori* ? Y a-t-il une évaluation des compétences ? Vérifie-t-on les inscriptions ordinales ?

J'ai produit, en 2013, un rapport sur l'intérim médical en France, dans lequel je montrais qu'un certain nombre de médecins étrangers, diplômés de pays européens, exerçaient de manière un peu sauvage dans des hôpitaux français, parfois sans avoir pu même vérifier s'ils étaient inscrits au tableau de l'ordre des médecins dans leur propre pays. Je pense qu'il est donc préférable d'avoir des dispositifs de contrôle *a priori* plutôt qu'*a posteriori* car, encore une fois, il y va de la santé de nos concitoyens.

Mme Jeanine Dubié. Je m'interroge également sur la ratification de l'ordonnance relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

Ni l'Allemagne ni l'Espagne n'ont transposé la directive européenne : sait-on pourquoi ?

Il semble par ailleurs que la profession d'infirmier fasse partie des professions à reconnaissance automatique. Or la directive écarte du mécanisme d'accès partiel les professions à reconnaissance automatique. Pourquoi, dans ce cas, les infirmiers sont-ils concernés par l'ordonnance. Ne sommes-nous pas ici dans la surtransposition ?

M. Bernard Perrut. Comme mes collègues, je dois insister sur le fait que les ordres professionnels sont inquiets devant le choix d'ouvrir un mécanisme permettant, au cas par cas, aux ressortissants de l'Union européenne, un accès partiel aux professions de santé d'un autre État. Nous avons déjà exprimé notre opposition à cette disposition lors de l'examen du projet de loi, et elle avait été supprimée par le Sénat.

La directive précise bien qu'*« un État membre devrait être en mesure de refuser l'accès partiel à une activité professionnelle »*, ce qui inclut les professions de santé. Dès lors, il n'apparaît pas nécessaire d'ouvrir un accès partiel à ces professions.

Cela signifie en effet concrètement qu'un diplômé européen ne détenant pas le niveau de formation requis pour exercer pleinement une profession de santé en France pourra s'installer sur le territoire national pour n'exercer que la partie de celle-ci pour laquelle il est qualifié. Cette disposition risque d'entraîner une segmentation des professions de santé, voire une désorganisation de notre système de soins.

En ce qui concerne l'ordonnance relative au fonctionnement des ordres des professions de santé, nous considérons qu'il n'est pas opportun de s'en remettre à une ordonnance sur des sujets aussi sensibles que l'évolution des compétences des ordres ou la modification de leur composition.

Cette ordonnance soulève un certain nombre de difficultés, et nous considérons que le dépôt de ce projet de loi de ratification en urgence, durant l'été, avec des délais aussi contraints, n'est pas la meilleure des manières de travailler, d'autant qu'il n'est pas encore inscrit au Sénat et ne pourra pas l'être avant début octobre.

M. le rapporteur Thomas Mesnier. Monsieur Door, la première ordonnance s'applique déjà ; elle a valeur réglementaire, et non législative. *A priori*, le ministère a l'intention de la faire ratifier dans un second temps.

Monsieur Perrut, sous réserve des évolutions que je vous proposerai par voie d'amendements, les ordres sont plutôt d'accord pour l'adoption de ce projet de loi.

Mme la rapporteure Élisabeth Toutut-Picard. Monsieur Véran, la transposition de la directive constitue la première étape. Vous avez évoqué le cas de l'Allemagne. Pour le moment, quatorze pays, dont la France, n'ont pas encore transposé cette directive et la Commission européenne se concentre sur ce problème. Elle évaluera ensuite la qualité de la transposition et nous verrons alors qui, de l'Allemagne ou de la France, aura raison. Il semblerait même que la Commission européenne ait mobilisé un prestataire extérieur pour procéder à cette évaluation.

Sur les professions concernées, nous n'avons pas de précisions. Personnellement, je pousse à l'établissement d'une cartographie de toutes ces professions. Celle-ci ne pourra être réalisée cependant qu'avec la collaboration très étroite de tous les professionnels médicaux et paramédicaux.

Madame Dubié, la reconnaissance automatique est un véritable enjeu. Elle concerne toutes les professions autres que les professions de médecins, infirmiers et pharmaciens. Je l'ai mentionné dans mon rapport, comme dans mon intervention.

Tout le monde attend la décision de la Cour de justice de l'Union européenne sur ce point. Son avocat général a émis un avis très nuancé. Ainsi la jurisprudence est-elle potentiellement en cours d'évolution. Reste qu'aujourd'hui, la Cour de justice rappelle à l'ordre tous les États européens qui n'ont pas encore transposé cette directive, pour qu'ils le fassent. Nous verrons ensuite s'il y a une évolution.

Monsieur Perrut, je vous ai répondu sur le fond dans ma présentation liminaire. Il me semble avoir été suffisamment explicite. Pour les détails, je vous invite à consulter mon rapport.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je reviendrai sur le projet n° 7, et plus particulièrement sur la question de l'accès partiel.

Je suis là pour défendre l'Europe. Certains considèrent que la France « surtranspose ». Cela pourrait constituer un problème, en l'occurrence. Le dossier est sensible. D'ailleurs, quatorze pays n'ont pas encore ratifié la directive européenne.

Nous ne sommes là que depuis quinze jours, et c'est un sujet que nous n'avons pas encore étudié. En quoi y a-t-il urgence ? Notre commission pourrait-elle avoir la position du Conseil d'État pour savoir juridiquement ce qu'il en est, et savoir ce que risque la France ? Quelles propositions pourrions-nous formuler ? Mais pour faire un travail approfondi, il nous faudrait davantage de temps, quelques semaines, voire quelques mois.

M. Aurélien Taché. Certains de mes collègues s'interrogent sur les délais. Mais si j'ai bien entendu Mme la ministre, s'agissant du projet de loi n° 7, la transposition de la directive européenne de 2013 aurait dû intervenir début de l'année 2016. Repousser encore cette transposition nous exposerait à une condamnation certaine.

Je ne crois pas que l'on puisse parler de « surtransposition ». Comme l'a rappelé Mme la rapporteure, on nous propose une transposition assez exacte de la directive.

En ce début de mandature, avec un président et une majorité aussi européistes, il est important de ne pas se montrer réfractaires à une Europe de la santé. Mais il est tout aussi important de mettre en place des garanties.

Si j'ai bien compris, on a prévu un mécanisme régulant l'accès de ces professions paramédicales et leurs modalités d'exercice en France, qui fera l'objet d'un décret d'application. J'aimerais savoir si les ordres des professions de santé y seront associés. Il me semblerait également important que notre commission soit associée aux travaux d'élaboration de ce décret, car on aurait ainsi une vision claire de ce à quoi on s'engage.

M. Pierre Dharréville. J'imagine que la reconnaissance de la profession de physicien médical, premier sujet du projet de loi n° 7, sera source de satisfaction.

J'ai écouté attentivement les arguments développés par certains de nos collègues sur le deuxième sujet de ce même projet de loi, la reconnaissance de certaines professions de santé, en lien avec la mise en application de la directive européenne, ainsi que les explications fournies par Mme la rapporteure. Mais je ne suis pas un grand spécialiste du domaine, et j'aimerais connaître les professions qui seraient concernées par les contentieux dont vous avez parlé. Pouvez-vous m'éclairer ? J'observe que nous gagnerions à être plus précis lorsque nous procédons à des transpositions ; car il est parfois utile d'encadrer davantage certaines dispositions.

Le sujet renvoie à celui du *numerus clausus* et à la manière dont nous recrutons le personnel médical dans notre pays. La pénurie de personnel médical s'aggrave, et il faudrait, pour le moins, revoir notre politique de recrutement. Pour notre part, nous appelons de nos vœux une véritable révolution en la matière.

S'agissant du service public hospitalier, je suis un peu dubitatif devant le texte qui nous est proposé. Je ne peux que me féliciter de la réintroduction de la notion de service public. Mais en même temps, sur le terrain, je constate que la situation de l'hôpital public est en train de se dégrader – et la dernière loi votée au cours de la précédente législature n'y est pas étrangère. Nous avons tout lieu de nous en inquiéter. Je voudrais donc comprendre quelles sont les incidences concrètes – celles que j'ai vues sont très faibles – de cette réintroduction. On ne peut se contenter de se payer de mots !

Je pense enfin qu'il conviendrait de s'interroger à propos de l'exercice libéral de la médecine par des praticiens du service public hospitalier : c'est une concurrence pour le service public hospitalier, que l'on organise à la porte même de l'hôpital.

M. Adrien Quatennens. Vous avez tout à fait le droit de vous définir comme étant des européistes convaincus. Mais vous devriez veiller à ne pas devenir « euro béats ». Car pour l'instant, les quelques arguments qui ont été avancés revenaient à dire qu'il fallait éviter que la France ne soit sanctionnée par l'Union européenne !

Je refuse qu'on légifère ou qu'on se prononce sur de tels textes, uniquement parce que la France serait menacée de sanctions. Ce serait occulter complètement notre souveraineté propre ! Il nous faut disposer de suffisamment de temps pour discuter de ces textes, et ne pas laisser l'Union européenne peser de son autorité sur nos débats pour nous obliger à transposer rapidement. Nous devons nous sentir libres ! Nous sommes les représentants du peuple français, et nous avons notre mot à dire.

M. Sébastien Chenu. En découvrant ces textes, je me suis interrogé moi aussi sur le caractère d'urgence de la procédure. Le travail parlementaire me semble réduit à sa plus simple expression, en l'absence d'ailleurs de la ministre qui n'est restée parmi nous que quelques minutes, pour lire son texte.

J'ai le sentiment de subir la pression de l'Union européenne. J'ai entendu un collègue nous dire qu'il était là pour défendre l'Europe. C'est un vaste débat. Reste que sur ces questions, l'urgence ne me semble pas s'imposer.

Sur la modernisation du système de santé, un certain nombre de questions connexes vont devoir être abordées, même si je ne sais pas quand et à quel niveau. Par exemple, sur l'AME, sur le tiers payant, etc. on est dans le brouillard le plus complet, s'agissant des orientations du Gouvernement. Il faudra bien en discuter. Mais la méthode de travail qui est aujourd'hui la nôtre ne nous permet pas de le faire.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. « Urgence » et « manque de concertation » sont deux mots que nous avons souvent entendus ce matin. Et c'est dommage.

Urgence, monsieur Taché, alors que nous aurions déjà dû avoir ratifié cette directive en janvier 2016 ? Je crois que nous aurions pu attendre encore, prendre le temps de nous installer, d'engager la concertation et d'écouter.

Sur l'accès partiel, la sage-femme que nous avons entendue la semaine dernière en audition a été très claire. Elle m'a convaincue du danger de la segmentation, et du fait que certaines patientes ne comprendraient pas d'être éventuellement accouchées en France par une sage-femme croate qui n'a pas eu la même formation que celle qui est dispensée dans notre pays. Le témoignage de cette sage-femme était éclairant sur le risque que nous prendrions. Et pourquoi aller encore plus loin que ce que l'Europe nous demande de faire ?

Monsieur le rapporteur, vous êtes intervenu sur le troisième projet de loi relatif au fonctionnement des ordres de santé. Il semble que vous ayez été très sensible au manque de concertation. C'est un reproche qui a été très souvent formulé. Qui qu'il en soit, je ne peux que souscrire à l'appel que vous avez lancé et qui concerne la difficile articulation entre les deux ordonnances qui ont été publiées sur les ordres de santé.

Mme la rapporteure Élisabeth Toutut-Picard. Monsieur Isaac-Sibille, vous trouvez que l'on va vite, et je partage cette impression. En effet, nous n'avons commencé à travailler tous ensemble que depuis peu et le démarrage se fait sur les chapeaux de roue. Mais la procédure était lancée depuis fort longtemps. La France, sous le gouvernement précédent, avait été rappelée à l'ordre à deux reprises, avec deux avis motivés et cette fois, nous étions sous la menace d'un recours en manquement formé par la Commission européenne.

Je rappelle que le délai de transposition est d'ores et déjà clos depuis le 18 janvier 2016. Il y a donc urgence à se mettre en conformité. Il y aura ensuite un décret d'application, qui nous permettra de définir une doctrine. L'application effective n'aura pas lieu tout de suite.

Je vous propose d'attendre l'évaluation de la Commission européenne sur la qualité de la transposition, dont je vous ai parlé tout à l'heure. Une expertise extérieure aura lieu et l'on saura exactement qui, de l'Allemagne ou de la France, s'est positionnée dans le sens souhaité la Commission s'agissant des qualifications professionnelles à l'échelle de l'Europe.

Merci à M. Taché d'avoir recadré le débat et développé ce que je suis en train de redire, à savoir que nous nous sommes pris dans un mouvement déjà lancé, dans lequel nous avons à nous inscrire. Nous devons respecter cette contrainte juridique, et faire en sorte que cela se passe le moins mal possible. Personne n'a intérêt à ce que le système français de soins, qui est un des meilleurs du monde, se dégrade. Ce n'est l'objectif ni de la ministre de la santé, ni des institutions européennes, ni des rapporteurs.

Je pense qu'avec l'accord de Mme la présidente de la commission, nous serons tous associés à l'élaboration du décret d'application. En ce qui me concerne, je serai particulièrement attentive à sa rédaction. Issue moi-même du monde hospitalier, je n'ai aucune envie, à la fois comme députée et comme directrice d'hôpital, de voir se dégrader notre système de santé. À nous de voir comment compenser la nécessité juridique de nous inscrire dans cette transposition.

Monsieur Dharréville, vous avez demandé des précisions sur les professions concernées : je vous renvoie à mon rapport. Vous vous êtes interrogé sur le risque de contentieux : l'objectif de cette transposition *in extenso* vise précisément à éviter les problématiques contentieuses.

Monsieur Quatennens, j'entends votre discours. Vous avez l'air de penser que c'est de la faute de l'Europe si nous trouvons dans cette situation. Je tiens à souligner que la France a fait au contraire un choix souverain... tellement souverain qu'il est différent de celui opéré par l'Allemagne. Cela montre bien que chaque État membre de l'Europe est à même de défendre une position qui n'est pas celle de son voisin. L'analyse que fait l'Allemagne de cette directive est différente de la nôtre. Encore une fois, il faudra attendre le résultat du rapport des experts pour connaître la qualité de la transposition et savoir comment nous et nos voisins nous positionnerons.

Madame Firmin-Lebodo, vous vous êtes exprimée sur le danger de segmentation qui pourrait menacer, notamment, le métier de sage-femme. Je rappelle que l'examen au cas par cas n'exclut pas le refus, pour des raisons d'intérêt général, d'une candidature. Je vous suggère de regarder un peu plus près dans le rapport les contraintes et les exigences qui sont prises en compte au moment de l'examen de ces demandes. Vous constaterez qu'il s'agit d'une procédure « en entonnoir » et que pour obtenir l'autorisation, il faut se lancer dans un véritable parcours du combattant. C'est ainsi que se fait le filtrage.

Enfin, les ordres seront associés à la définition des critères. L'ordre des sages-femmes ne sera donc pas exclu de ce dispositif de concertation. Enfin, je m'engage à ce que la rédaction du décret soit le résultat d'une véritable concertation portant sur le contenu des textes et sur les modalités d'application de l'ordonnance.

Mme la rapporteure Marie Tamarelle-Verhaeghe. Monsieur Dharréville, le projet de ratification de l'ordonnance ne change rien au statut du service public hospitalier. Il s'agit vraiment d'une ratification de mise en forme et d'harmonisation des termes dans les textes. Mais je partage votre intérêt pour cette notion. La loi de janvier 2016 a souhaité rendre ses lettres de noblesse au service public hospitalier. En effet, celui-ci est pris en compte dans son entier. C'est désormais un corps qui n'est plus tronçonné en missions, comme le prévoyait la loi de 2009 – quatorze missions qui, à la limite, pouvaient elles-mêmes être divisées. Comme vous, je pense que notre service public hospitalier devra faire l'objet d'une politique très attentionnée. J'en

parle d'autant mieux que mes enfants y travaillent comme médecins, et que je sais que ce n'est pas toujours facile.

On m'a demandé des précisions sur l'activité libérale exercée au sein du service public hospitalier. Bien que toutes les spécialités y soient éligibles, très peu de médecins y ont recours – 10 %. L'objectif n'est pas de mettre l'hôpital public en concurrence, mais à l'inverse, de le rendre attractif, notamment pour les professionnels qui exercent dans des domaines très tendus – par exemple, tout ce qui touche à la chirurgie orthopédique et cardiaque, à la gynécologie et à la radiologie.

De fait, c'est dans ces spécialités que les médecins exercent ou demandent à exercer une activité libérale. Celle-ci répond à des critères très précis : elle ne peut dépasser 20 % de l'activité du praticien ; elle est conditionnée à un exercice à temps plein dans l'hôpital, ce qui fait que tout le monde ne peut pas y prétendre. Et bien évidemment, le nombre des consultations assurées et des actes réalisés en exercice libéral doit être bien inférieur au volume du service rendu au sein du service public.

En résumé, cette activité libérale est très encadrée. On y a eu recours pour éviter la dévitalisation du service public hospitalier. Il faut que les médecins animés par la vocation de rendre service puissent venir travailler à l'hôpital sans être trop « désavantagés » sur le plan financier.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, avant de passer à l'examen des articles, je tiens remercier les trois rapporteurs pour le travail qu'ils ont accompli et les auditions auxquelles ils ont procédé dans un temps contraint. Je vous rappelle que toutes les auditions sont publiques, que vous pouvez y participer ou y assister. Je vous invite à le faire le plus souvent possible.

La richesse de ces rapports prouve que le travail effectué en commission ne se résume pas à un rejet automatique des textes, ou à un acquiescement sans discussion. Nous discutons sur le fond et sur la forme.

Malgré tout, nous devons nous plier à certains impératifs, s'agissant de notre ordre du jour. En l'occurrence, notre pays est menacé par une condamnation. Alors qu'il n'a pas été condamné au cours des dix dernières années, il serait pour le moins dommage que cela se produise au moment où nous arrivons sur la scène européenne.

S'agissant de l'accès partiel, nous devrions en séance, ou peut-être même avant, interroger le Gouvernement sur le choix qui a été fait en faveur de l'autorisation de principe, assortie de dérogations, et sur le calendrier.

J'ai été frappée en outre par l'importance du décret sur lequel chacun s'est d'ailleurs exprimé. Il faudra donc que nous soyons attentifs à sa rédaction. Je sais, madame la rapporteure Toutut-Picard, que vous le serez. Mais vous pourrez compter sur l'appui de notre commission.

Afin de marquer cette importance, je vous fais la proposition de procéder, comme le permet l'article 145-7 alinéa 2 du règlement, à la désignation d'un rapporteur d'opposition sur l'application de la loi, qui pourra, avec notre rapporteure, obtenir les assurances nécessaires s'agissant de ce décret.

Je sollicite donc l'accord de la Commission sur cette proposition de nomination d'un rapporteur d'opposition.

La Commission se prononce favorablement à la nomination d'un rapporteur d'opposition sur l'application de la loi issue du projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017 relative à la profession de physicien médical et l'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

La commission a considéré qu'il s'agit d'un appel à candidatures pour l'opposition. Elle a décidé qu'il sera procédé à une nomination la semaine prochaine.

La commission est également informée que son bureau a prévu, dans son ordre du jour de la prochaine réunion, de lister les droits de l'opposition, et d'examiner comment ces droits seront organisés.

II. EXAMEN DES ARTICLES

Les principales dispositions de l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017

L'article unique porte la ratification de l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé prise sur le fondement de l'article 212 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Suivant le champ de l'habilitation, la présente ordonnance procède à plusieurs évolutions suggérées par le Conseil d'État, l'Inspection générale des affaires sociales ou la Cour des comptes.

● L'ordonnance généralise la possibilité accordée aux présidents des conseils d'ordinaux d'ester en justice ainsi que la faculté des mêmes conseils à se porter partie civile. Elle apporte également plusieurs modifications tenant à l'amélioration de la gestion ordinale relative à la situation patrimoniale et financière, à l'application de règles de marchés publics, à la mise en place d'un règlement intérieur ou de mesures de transparence.

● Motivé par le souci d'optimiser l'organisation et d'accroître l'indépendance et l'impartialité des ordres et de leurs juridictions, le texte généralise la possibilité de fusionner des conseils ordinaires territoriaux. Il procède encore à la réforme des conseils nationaux, des instances disciplinaires et de leurs sections des affaires spécialisées :

– le texte étend ainsi à l'ordre des médecins la possibilité de fusionner les conseils départementaux en raison soit de difficultés de fonctionnement, soit de l'incapacité d'assurer les missions de service public ;

– l'ordonnance comporte quelques dispositions de nature à améliorer l'impartialité des fonctions exercées par les conseillers ordinaires (extension du régime d'incompatibilité des membres du bureau des conseils ordinaires, publicité des indemnités versées aux conseillers ordinaires). Elle modifie aussi le régime d'élection des conseillers ordinaires en généralisant le vote par correspondance ou par voie électronique et en entérinant l'édiction d'un règlement électoral par le conseil national ;

– le texte définit en outre le régime d'incompatibilité des instances disciplinaires et de leurs sections spécialisées qui concerne aussi bien les présidents que les assesseurs. Le nouveau régime prévoit aussi le déport des assesseurs qui ont eu à connaître des faits ayant conduit à la procédure juridictionnelle ;

– le texte encadre enfin l'exercice du mandat des présidents et assesseurs en systématisant une limite d'âge (71 ans) et de durée d'exercice du mandat (6 ans renouvelable).

● Le texte soumis à la ratification du Parlement comporte diverses dispositions affectant certains ordres médicaux et paramédicaux. On soulignera plus particulièrement le choix de confier à la juridiction administrative le contentieux des élections ordinaires de l'ordre des pharmaciens, ainsi que la consolidation du dispositif de remplacement temporaire des pharmaciens titulaires d'officine empêchés d'exercer en raison de circonstances exceptionnelles.

● Le texte confie aux conseils nationaux des ordres des professions paramédicales l'appel et le recouvrement des cotisations.

● Il procède enfin à divers ajustements relatifs à la compétence des juridictions ordinaires dans l'outre-mer et en Corse ainsi qu'à quelques corrections portant sur l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 qui porte également sur les ordres de santé.

Article premier

Ratification de l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé

L'ordonnance se compose de 16 articles répartis en trois chapitres.

Le chapitre I^{er} procède aux modifications des dispositions du code de la santé publique communes ou propres aux ordres des professions médicales, des pharmaciens et des professions paramédicales. Il comporte 10 articles.

Le chapitre II, qui comprend les articles 11 à 13 de l'ordonnance, modifie les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux chambres disciplinaires.

Le chapitre III, qui concerne les articles 14 et 15 de l'ordonnance, prévoit des mesures transitoires et finales.

L'article 16, quant à lui, définit les modalités d'application de l'ordonnance.

I. LE FONCTIONNEMENT DES ORDRES

Le chapitre I^{er} de l'ordonnance peut être appréhendé selon trois axes. Il comporte des dispositions communes aux ordres des professions de santé. Il modifie aussi des dispositions de certains ordres pour tenir compte de leurs évolutions propres. Il prévoit enfin un régime spécifique pour les ordres des médecins et des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française.

A. LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX ORDRES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Plusieurs modifications ont été apportées pour tenir compte tant des recommandations formulées par la Cour des comptes ou du Conseil d'État que de l'amélioration de la gestion des ordres. Les articles 1^{er} à 10 portent ces modifications pour chacun des ordres concernés. Par souci de lisibilité, le commentaire procède à un regroupement thématique des évolutions.

1. Des ordres confortés dans la défense de l'indépendance de la profession

L'ordonnance généralise la possibilité accordée aux présidents des conseils d'ordres d'ester en justice ainsi la faculté des mêmes conseils à se porter partie civile.

a. La généralisation de la possibilité accordée aux présidents des conseils d'ordinaux d'ester en justice

Le rapport au Président de la République remis à l'occasion de la présentation de l'ordonnance souligne que « *les conseils nationaux et régionaux pourront autoriser leur président à ester en justice* ».

Dans le droit antérieur, cette faculté n'était pas prévue pour tous les ordres. Elle pouvait différer selon le ressort national ou régional de ces derniers.

S'agissant des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes), aucune disposition législative ne prévoit aujourd'hui que le conseil national autorise le président à ester en justice à la différence des conseils départementaux (article L. 4123-1 du code de la santé publique). Il en est de même pour l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ⁽¹⁾ et des pédicures-podologues ⁽²⁾.

S'agissant des conseils de l'ordre national des pharmaciens, cette faculté n'est pas reconnue de même que l'ordre des infirmiers.

Aux termes de l'ordonnance, l'autorisation du président d'un conseil de l'ordre constituera le principe.

– pour les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes), cette faculté est portée par l'article 1^{er} de l'ordonnance qui modifie l'article L. 4122-1 du code de la santé publique. Les dispositions relatives aux conseils départementaux restent, quant à elle, inchangées ;

– pour l'ordre national des pharmaciens, l'autorisation d'ester en justice, reconnue à tous les conseils, est portée par l'article 5 de l'ordonnance qui modifie l'article L. 4233-1 du même code ;

– l'article 7 introduit les mêmes dispositions pour l'ordre des infirmiers tant pour le conseil régional ou interrégional (article L. 4312-5) que pour le conseil national (article L. 4312-7) ;

– Les articles 8 et 9 procèdent à la même modification respectivement pour le conseil national et les conseils régionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (articles L. 4321-16 et L. 4321-17-1) et pour les mêmes instances s'agissant de l'ordre des pédicures-podologues (articles L. 4322-9 et L. 4322-10-1).

b. La généralisation de la faculté de se porter partie civile

L'ordonnance étend enfin à certains conseils la faculté de se porter partie civile « *pour les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de*

(1) Faculté reconnue au conseil départemental ou interdépartemental.

(2) Faculté reconnue au seul conseil régional ou interrégional.

la profession », « *y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à cette profession.* ».

Dans le droit actuellement en vigueur, cette faculté est reconnue pour l'ensemble des conseils ordinaux des trois professions médicales, pour le seul conseil national s'agissant de l'ordre des pharmaciens, pour le conseil national et les conseils départementaux et interdépartementaux s'agissant des infirmiers. Elle n'est reconnue pour aucune des instances s'agissant de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou des pédicures-podologues.

L'extension concerne :

- les conseils territoriaux de l'ordre des pharmaciens (article L. 4233-1) ;
- le conseil régional ou interrégional pour l'ordre des infirmiers (article L. 4312-5) ;
- les conseils nationaux et régionaux pour les masseurs-kinésithérapeutes (respectivement articles L. 4321-16 et L. 4321-17-1) et les pédicures-podologues (respectivement articles L. 4322-9 et L. 4322-10-1).

2. L'amélioration de la gestion des ordres

L'ordonnance porte plusieurs modifications tenant à l'amélioration de la gestion de l'ordre relative à la situation patrimoniale et financière, à l'application de règles de marchés publics, à la mise en place d'un règlement intérieur ou de mesures de transparence. Conscients des enjeux portés par ces évolutions majeures, les ordres ont fait valoir qu'une mise en œuvre progressive des évolutions serait souhaitable. Sur proposition du rapporteur, deux amendements ont été adoptés en ce sens portant d'une part, sur l'application du nouveau régime d'incompatibilité au fur et à mesure des désignations et des renouvellements, d'autre part, sur le report au 1^{er} janvier 2020 de l'application de la certification des comptes et des règles de marché public.

a. Les nouvelles règles relatives à la situation patrimoniale et financière des ordres des professions de santé

Dans son rapport 2017 portant sur l'ordre des chirurgiens-dentistes⁽¹⁾, la Cour des comptes déplore l'absence de suivi de la situation financière et comptable. Se référant à l'ordre des pharmaciens, la Cour plaide en faveur de comptes combinés ou agrégés permettant une vue d'ensemble. Cette lacune, poursuit-elle, empêche l'ordre des chirurgiens-dentistes « *de satisfaire à son obligation légale de gérer les biens de l'ordre* ». Du reste, l'appréciation de sa situation globale découle de « *l'unicité de la cotisation, posée par la loi* », comme

(1) *Cour des comptes, le rapport public annuel 2017, Tome I, les observations*, « L'ordre national des chirurgiens-dentistes : retrouver le sens du service public », pp. 115-141.

le rappelle la Cour. Cette dernière a pu conclure à la mise en conformité des règles et principes comptables avec le plan comptable général.

L'ordonnance, reprenant à son compte le constat formulé la Cour des comptes, procède à la modification des compétences des conseils nationaux sur deux points : le suivi de la politique immobilière ainsi que la certification des comptes combinés au niveau national.

- Un suivi de la politique immobilière désormais assuré par les conseils nationaux des ordres.

L'article 1^{er} de l'ordonnance précise la compétence des conseils nationaux des trois professions médicales. Déjà investis de la gestion des biens de l'ordre, les conseils nationaux des trois ordres sont aptes à définir la politique immobilière et à en assurer le contrôle de la mise en œuvre (article L. 4122-2).

Les articles 4, 7, 8 et 9 procèdent de même respectivement pour le conseil national de l'ordre des pharmaciens (article L. 4231-7), celui de l'ordre des infirmiers (article L.4312-7), celui des masseurs-kinésithérapeutes (article L. 4321-16) et celui des pédicures-podologues (article L. 4322-9).

- La certification des comptes combinés au niveau national constitue une deuxième évolution majeure des compétences reconnues aux conseils nationaux des ordres des professions de santé.

La procédure de certification existe déjà pour l'ordre des pharmaciens.

L'ordonnance consacre cette obligation pour tous les conseils nationaux des ordres des professions de santé. Les articles 1^{er}, 7, 8 et 9 le prévoient respectivement pour le conseil national de l'ordre des trois professions médicales (article L. 4122-2), celui de l'ordre des infirmiers (article L.4312-7), celui des masseurs-kinésithérapeutes (article L. 4321-16) et celui des pédicures-podologues (article L. 4322-9).

Dans le cas particulier des ordres des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, l'ordonnance étend au conseil national la possibilité de valider et de contrôler la gestion des comptes des conseils interrégionaux, étant précisé que cette compétence est déjà reconnue pour les autres instances ordinales territoriales.

Cette évolution n'est pas anodine et devrait se traduire par des charges de gestion plus importantes tant pour les conseils nationaux que les conseils territoriaux. En effet, pour que la certification au niveau national soit effective, chaque instance ordinale territoriale devra recourir aux services d'un expert-comptable. Il ne faut donc pas exclure l'augmentation des cotisations ordinales pour répondre à cette nouvelle obligation.

b. La soumission des ordres à la réglementation des marchés publics

Pour chacune des professions concernées, l'ordonnance rend applicable le principe de la réglementation des marchés publics.

La Cour des comptes souligne l'absence de guide de procédures relatives à la politique d'achat pour l'ordre des chirurgiens-dentistes, constatant par ailleurs que l'ordre des pharmaciens s'est « *de son propre chef soumis* » aux principes de l'ordonnance n° 2005-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ratifiée par la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.

Les ordres professionnels ne sont aujourd'hui pas concernés par les dispositions de l'ordonnance de 2015 qui transpose des directives européennes précisant la notion de pouvoirs adjudicateurs (les fameux acheteurs). Les textes soumettent aux règles des marchés publics :

- les personnes morales de droit public ;
- les organismes de droit privé dotés de la personnalité juridique constitués par des pouvoirs adjudicateurs en vue de réaliser certaines activités en commun. Les ordres professionnels n'entrent pas dans cette catégorie ;
- les personnes morales de droit privé dont l'activité répond à des besoins d'intérêt général et comportant des liens avec une personne publique. Ces liens se manifestent au travers de trois critères alternatifs : financement majoritairement public, contrôle public ou désignation par les pouvoirs publics de la majorité des membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance.

Si les ordres professionnels semblent répondre à des besoins d'intérêt général, il n'existe pas en droit ou en fait de lien de dépendance entre l'ordre professionnel et les pouvoirs publics. Le financement des ordres est assuré par la levée de cotisations. Leurs organisations se caractérisent par une autonomie organisationnelle et budgétaire telle que l'on ne peut conclure à un état de dépendance étroite vis-à-vis des pouvoirs publics⁽¹⁾. Au surplus la procédure de désignation de leurs membres privilégie le mode électif plutôt qu'une désignation par les pouvoirs publics.

L'ordonnance, quant à elle, entérine la soumission des conseils nationaux des ordres de médecin, chirurgien-dentiste, sages-femmes (article L. 4122-2-1 créé par l'article 1^{er}) et de pharmacien (article L. 4231-8 créé par l'article 4) aux règles de marché public issues de l'ordonnance précitée : liberté d'accès, égalité de traitement, transparence des procédures, mise en concurrence et publicité.

Les articles 7, 8 et 9 étendent les mêmes dispositions aux ordres des professions paramédicales. Pour chacun des ordres, un « *article balai* » prévoit

(1) CJUE, 12 septembre 2013, IVD GmbH & Co. KG, aff. C-526/11, cons. 31.

l'application des dispositions définies par le code aux ordres des professions médicales. Il s'agit des articles L. 4312-7 pour l'ordre des infirmiers, L. 4321-19 pour celui des masseurs-kinésithérapeutes et L. 4322-12 pour les pédicures-podologues.

Les modalités d'adaptation de ces dispositions inquiètent les ordres de santé. Elles portent sur les mesures d'adaptations de la réglementation ainsi que sur le calendrier d'application. L'ordonnance prévoit qu'un texte réglementaire précisera les modalités d'adaptation de la réglementation des marchés publics aux ordres des professions de santé. Le rapporteur espère qu'à cette occasion les échanges permettront de lever certaines interrogations qui conditionnent l'ajustement organisationnel des ordres.

c. La généralisation d'un règlement intérieur par les conseils nationaux

L'ordonnance rend obligatoire la formalisation par le conseil national d'un règlement intérieur applicable à toutes les instances ordinales. L'article 1^{er} rend ces dispositions applicables aux ordres des professions médicales (article L. 4122-2-2).

Cette disposition permettra de renforcer la portée du règlement intérieur des conseils nationaux. En effet, selon la jurisprudence, l'absence de dispositions législatives ou réglementaires prévoyant l'édiction d'un règlement ou de dispositions renvoyant au règlement intérieur rend inopérante toute contestation tirée sur la violation des prescriptions que ce dernier édicte.

Les articles 7, 8 et 9 étendent les mêmes dispositions aux ordres des professions paramédicales. Pour chacun des ordres, un « *article balai* » prévoit l'application des dispositions définies par le code aux ordres des professions médicales. Il s'agit des articles L. 4312-7 pour l'ordre des infirmiers, L. 4321-19 pour celui des masseurs-kinésithérapeutes et L. 4322-12 pour les pédicures-podologues.

d. La publicité du rapport d'activité des conseils nationaux

L'ordonnance rend également obligatoire la publication du rapport d'activité du conseil national.

L'article 1^{er} rend ces dispositions applicables aux ordres de professions médicales (article L. 4122-2-2), l'article 4 à celui des pharmaciens (article L. 4231-9).

Les articles 7, 8 et 9 étendent les mêmes dispositions aux ordres des professions paramédicales. Pour chacun des ordres, l'« *article balai* » prévoit l'application des dispositions définies par le code aux ordres des professions médicales. Il s'agit des articles L. 4312-7 pour l'ordre des infirmiers, L. 4321-19 pour celui des masseurs-kinésithérapeutes et L. 4322-12 pour les pédicures-podologues.

3. Une organisation refondue

L'habilitation à légiférer par ordonnance portée par les 1°, 2°, 3°, 7° et 8°, de l'article 212 de la loi de modernisation de notre système de santé comportait un large volet organisationnel destiné :

– s'agissant de l'organisation des ordres, à en faire évoluer les compétences de leurs organes en vue notamment d'accroître le contrôle par le conseil national des missions de service public exercées par les organes régionaux et tirer parti de la nouvelle délimitation des régions ;

– s'agissant des conseils, à modifier leur composition, les modes d'élections et de désignations de leurs membres ;

– s'agissant des instances disciplinaires, à en réviser la composition afin de la mettre en conformité avec les exigences d'indépendance et d'impartialité ;

– s'agissant de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des pédicures-podologues, à clarifier les conditions d'exercice effectif de la profession pour permettre aux élus retraités de siéger au sein des organes de l'ordre.

Suivant le champ de l'habilitation, l'ordonnance procède à plusieurs évolutions destinées à favoriser la fusion des conseils des ordres des professions médicales ainsi qu'à réformer les instances disciplinaires.

a. La fusion des conseils des ordres des professions médicales

L'article premier insère un nouvel article L. 4122-2-3 accordant la possibilité de regrouper sous certaines conditions les conseils départementaux ou interdépartementaux de l'ordre des médecins.

Dans sa correspondance précitée, l'ordre des médecins a fait savoir sa réticence eu égard à la nécessaire proximité avec les médecins et à la cohérence avec l'organisation territoriale en départements. Mais, comme le reconnaît lui-même l'ordre, il ne s'agit que d'une possibilité (« *le Conseil national peut organiser* ») et plusieurs conditions sont posées.

Cette fusion doit être motivée soit par le constat de difficultés de fonctionnement liées à la démographie médicale ou à l'insuffisance d'élus ordinaires, soit par l'incapacité d'assurer les missions de service public.

L'ordonnance n'a pas modifié les dispositions pour les autres ordres de santé.

L'article 9 prévoit la possibilité pour le conseil national de l'ordre des pédicures-podologues de procéder au regroupement des conseils régionaux ou interrégionaux (article L. 4322-9). On notera qu'un seul critère motivant le regroupement est retenu : difficultés de fonctionnement liées à la démographie médicale ou à l'insuffisance d'élus ordinaires. Cependant, il ne s'agit en aucun cas

d'une disposition nouvelle, celle-ci ayant été introduite par l'article 63 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients.

L'ordre des infirmiers et celui des masseurs-kinésithérapeutes, pour leur part, disposent déjà de la faculté de fusionner les conseils départementaux. Le rapporteur souligne néanmoins que l'ordonnance de février 2017 procède à une nouvelle rédaction de leurs dispositions pour les rendre identiques à celles des professions médicales ⁽¹⁾.

Cela étant, le rapporteur s'interroge sur la portée de cette disposition notamment au regard de son articulation avec la délégation de gestion mise en place lorsqu'un ordre est dans l'impossibilité de fonctionner. L'examen du texte en séance pourra être l'occasion de creuser ce point.

b. La réformation des instances disciplinaires

Le législateur a voulu que les professionnels de santé puissent être jugés et sanctionnés par leurs pairs.

La loi confie aux ordres la mission d'assurer le respect des principes de moralité et de probité des professions de santé, de l'observation des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par les codes de déontologie. En première instance, le pouvoir juridictionnel est assuré par les chambres disciplinaires issues des conseils régionaux et présidées par un magistrat. La chambre disciplinaire nationale, issue du conseil national, constitue l'instance d'appel. Il aurait sans doute été opportun de regrouper ces modifications dans un seul et même texte pour en préserver la lisibilité.

i. Les objectifs de la réforme

Les modifications portées par la présente ordonnance poursuivent plusieurs objectifs.

Elles sont tout d'abord motivées par le souci d'optimiser l'organisation des ordres en confiant aux échelons régionaux les attributions juridictionnelles tout en réservant aux échelons départementaux les attributions administratives des ordres.

Le deuxième objectif vise à accroître l'indépendance et l'impartialité des chambres disciplinaires en prescrivant des règles d'incompatibilités et de déport. Le rapport de la Cour des comptes portant sur l'Ordre des chirurgiens-dentistes soulignait ainsi que les juridictions étaient composées de membres du Conseil de l'ordre, « *lui-même à l'origine des plaintes* ». La Cour déplorait également que « *le conseiller d'État, président de la chambre disciplinaire nationale, soit le même que celui qui conseille les instances nationales* ».

(1) Articles 14 et 15 de l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé.

Un troisième axe consiste à davantage encadrer la durée des mandats ainsi que le mode de rémunération des présidents de formation de jugement. Ces instances sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif. S'agissant de l'ordre des chirurgiens-dentistes, la Cour soulignait « *qu'en contravention avec les textes applicables, plus de la moitié des conseils régionaux de l'Ordre versent une rémunération aux présidents des chambres disciplinaires, qui fait ainsi double emploi avec celle payée par l'ARS* ». Les magistrats étaient placés en situation de conflit d'intérêts puisque rémunérés par l'ordre à l'origine de la saisine de la juridiction.

ii. Les modifications apportées par l'ordonnance pour l'ensemble des ordres

Le texte définit le régime d'incompatibilité des instances disciplinaires qui concerne aussi bien les membres de la juridiction administrative appelés à présider les instances disciplinaires que les assesseurs composant ces organes. L'esprit de l'ordonnance s'inspire des principes de la Cour européenne des droits de l'Homme garantissant le droit à un procès équitable. Elle reprend notamment « *la théorie des apparences* » : si le juge doit intervenir, il doit le faire de telle sorte que justice paraisse avoir été bien rendue. L'ordonnance organise ainsi l'incompatibilité de certaines fonctions et met fin à des situations nettement préjudiciables à l'impartialité de la procédure. Le nouveau régime prévoit aussi le déport des assesseurs qui ont eu à connaître des faits ayant conduit à la procédure juridictionnelle.

Le texte encadre aussi l'exercice du mandat des présidents et assesseurs en systématisant une limite d'âge et de durée d'exercice du mandat.

Pour les présidents d'instances, le texte met en place un régime indemnitaire mettant ainsi fin aux dérives soulevées par la Cour des comptes.

● L'article 1^{er} de la présente ordonnance fait aussi évoluer le régime d'incompatibilité pour les conseils des ordres des professions.

Au plan national, le texte édicte l'incompatibilité entre les fonctions de conseiller d'État assistant le conseil national et le président ou les présidents suppléants de la chambre disciplinaire nationale (article L. 4122-3).

La durée du mandat du président est fixée à 6 ans renouvelable avec une limite d'âge de 71 ans.

Le régime indemnitaire est, quant à lui, clarifié. Le montant est fixé par la voie réglementaire, les frais de déplacement sont remboursés dans les mêmes conditions que les fonctionnaires de l'État, le tout à la charge du conseil national. Cette dernière disposition chagrine notamment l'Ordre des médecins pour lequel les indemnités des Présidents auraient dû rester à la charge de l'État. À défaut, une association des ordres, par exemple par une consultation sur les montants qui seront arrêtés, pourrait être de nature à apaiser des inquiétudes légitimes. Sur

proposition du rapporteur, la commission a ainsi adopté un amendement en ce sens.

La solution retenue donne une base légale à des pratiques existantes, concernant, il est vrai, les chambres de première instance. Le risque de conflit d'intérêts, soulevé par la Cour des comptes s'en trouve réduit en ce que la rémunération n'est pas fixée par l'Ordre.

S'agissant des assesseurs composant la chambre disciplinaire nationale, l'ordonnance rend incompatible cette fonction avec celle de président et de secrétaire général d'un conseil ordinal. Le texte organise aussi le déport de l'assesseur s'il « *a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions ordinales* ».

Ces modifications avaient déjà été apportées par l'ordonnance de février 2017 à une différence notable. Le présent texte a vocation à s'appliquer quel que soit l'ordre tandis que l'ordonnance de février 2017 ne visait explicitement que l'ordre des médecins et celui des chirurgiens-dentistes. Pour heureuses qu'elles soient, ces modifications successives pèchent par leur manque de lisibilité.

Les mêmes dispositions sont étendues aux chambres disciplinaires régionales avec toutefois quelques différences mineures. Ces modifications sont portées par l'article 2 pour les ordres des professions médicales (article L. 4124-7). Aucun régime d'incompatibilité n'est prévu s'agissant du président de chambre, aucun rôle de conseil ne lui étant dévolu auprès des ordres régionaux. Quant aux indemnités qui lui sont versées, elles sont assumées par les instances régionales.

- L'article 5 procède de même pour les instances nationales de l'ordre des pharmaciens (article L. 4234-8) et ses instances régionales (article L. 4234-3) à une différence notable : il n'existe pas de limitation de durée de mandat pour le président de l'instance disciplinaire nationale. Par souci de cohérence, le rapporteur estime que cet oubli doit être réparé. Il a ainsi déposé un amendement de mise en cohérence qui a été adopté par la commission.

- S'agissant des trois ordres paramédicaux, les modifications apportées par l'ordonnance leur sont étendues, un « *article balai* » faisant application des articles L. 4122-3 et L. 4124-7 relatifs aux professions médicales ⁽¹⁾.

(1) Articles L. 4312-5 et L. 4312-7 pour les infirmiers L. 4321-19 pour les masseurs-kinésithérapeutes et L. 4322-12 pour les pédicures-podologues.

iii. Les modifications spécifiques aux ordres des professions paramédicales

L'ordonnance procède enfin à plusieurs modifications s'agissant des chambres disciplinaires territoriale et nationale des trois ordres paramédicaux. Elles sont prévues par les articles 7, 8 et 9.

• Les chambres disciplinaires de première instance

L'ordonnance tient compte de la nouvelle organisation des régions. À cet effet, elle précise le siège des chambres disciplinaires de première instance.

Rappelons que ces chambres sont aujourd'hui placées auprès des conseils régionaux des ordres de santé. L'ordonnance prévoit explicitement le rattachement au conseil interrégional, pour tenir compte de la nouvelle délimitation des régions, et précise que « *les audiences se tiennent dans le département où siège ce conseil* ». Il faut se référer à l'ordonnance de février 2017 pour avoir davantage de précisions. Le siège se situe « *dans le département au sein duquel l'agence régionale de santé a son siège, sauf s'il en est disposé autrement par une décision du Conseil national* »⁽¹⁾.

Elle précise ensuite la composition des chambres disciplinaires de première instance en rappelant qu'elle comprend des assesseurs titulaires et suppléants en nombre égal, de nationalité française. En réalité, ces dispositions étaient déjà applicables aux ordres paramédicaux puisque les articles législatifs du code de la santé publique relatifs aux chambres disciplinaires de première instance des ordres concernés renvoyaient déjà à l'application de l'article L. 4124-7, qui définit le régime juridique de la chambre disciplinaire de première instance des ordres médicaux. L'ordonnance ne procède donc qu'à une modification d'ordre cosmétique.

Elle prévoit aussi des dispositions propres à chaque ordre s'agissant des chambres disciplinaires de première instance.

S'agissant de l'ordre des infirmiers, elle dispose expressément que la chambre est présidée par un magistrat administratif. Là encore, il ne s'agit que d'une modification d'apparence, cette règle étant déjà applicable à l'ordre par renvoi à l'article L. 4122-7 précité.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, l'ordonnance précise la composition des chambres concernées. Leurs membres sont élus par le conseil régional ou interrégional parmi les anciens membres « *des conseils départementaux, interdépartementaux, régionaux et interrégionaux de l'ordre* » pour les uns, « *des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre* » pour les autres. Ces modifications s'inscrivent dans le champ de l'habilitation

(1) Articles 14,15 et 16 de l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé modifiant respectivement les articles L. 4312-5, L. 4321-17 et L. 4322-10 du code de la santé publique.

visant, pour ces ordres, à permettre aux élus retraités de siéger au sein des organes de l'ordre. En effet, cette évolution est notamment motivée par la démographie de ces professions moins favorable que pour les autres ordres. Pour permettre un fonctionnement satisfaisant des instances ordinales sans compromettre l'activité des professionnels, il est en effet nécessaire de prévoir l'implication des retraités.

- Les chambres disciplinaires nationales

Les modifications relatives aux chambres disciplinaires nationales concernent les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues. Elles concernent leur composition et leur mécanisme d'élection.

L'ordonnance clarifie la composition de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes. Son article 8, qui modifie l'article L. 4321-15 du code de la santé publique, dispose qu'elle comprend « *des membres élus par le conseil national, parmi les anciens membres de ce conseil et les membres et anciens membres des conseils départementaux, interdépartementaux, régionaux et interrégionaux de l'ordre* ». La précédente rédaction disposait que ses membres sont « *élus, en nombre égal, par le conseil national, parmi, d'une part, les membres de ce conseil, et, d'autre part, les membres et anciens membres des conseils de l'ordre* ».

S'agissant du mécanisme d'élection des deux ordres concernés, le rapporteur renvoie aux développements portant sur les élections ordinales qui suivent. L'objet de cette réforme consiste à « *mieux garantir leur impartialité et leur indépendance* ».

- iv. Rectification d'une erreur matérielle

Enfin, le 1° de l'article 2 procède à la rectification d'une erreur matérielle relative à l'article L. 4124-5.

Dans le droit actuel, l'article prévoit le régime de suppléance des membres titulaires de la chambre disciplinaire de première instance des ordres des professions médicales. L'ordonnance du 16 février 2017 en a complété le dispositif en prévoyant l'élection d'un nouveau membre suppléant dans les 6 mois suivant le remplacement. Il a été indiqué que cette élection ressortissait au Conseil national. La modification portée par la présente ordonnance la confie logiquement au conseil régional ou interrégional.

- c. La réforme des conseils ordinaux**

Le texte qui nous est soumis comporte quelques dispositions de nature à améliorer l'impartialité des fonctions exercées par les conseillers ordinaux ainsi que la transparence. Il modifie aussi le régime d'élection de conseillers ordinaux en généralisant le vote par correspondance ou par voie électronique et en entérinant l'édiction d'un règlement électoral par le conseil national.

i. L'extension du régime d'incompatibilité des membres des bureaux des conseils de l'ordre

L'ordonnance étend le périmètre du régime d'incompatibilité des membres du bureau des conseils ordinaires.

• S'agissant des professions médicales, le droit actuel rend incompatible la fonction de président ou de trésorier d'un conseil et l'une de ces fonctions dans un syndicat professionnel pour éviter tout conflit d'intérêt. Les textes organisent aussi l'incompatibilité des fonctions de président ou de secrétaire général entre les instances départementales et régionales.

L'article 2 de l'ordonnance étend le périmètre de l'incompatibilité à tous les membres du bureau pour tous les conseils (article L. 4125-2). Les fonctions de président, vice-président, secrétaire général ou trésorier sont ainsi incompatibles avec l'une quelconque des fonctions correspondantes d'un syndicat professionnel ou d'un autre conseil. L'interdiction du cumul entre instances locale et nationale devrait garantir une plus grande disponibilité des membres du bureau et éviter aussi, dans certains cas, le cumul d'indemnités.

Un sort particulier est réservé à l'ordre des sages-femmes, le régime de l'incompatibilité ne concernant que les membres du bureau des conseils départementaux et l'une des fonctions correspondantes au Conseil national. Selon les informations transmises au rapporteur, l'ordre ne comportant que peu de membres, il aurait été particulièrement difficile de pourvoir toutes les fonctions.

À noter que la présente ordonnance ne procède qu'à des modifications d'ordre cosmétique puisque des dispositions identiques avaient déjà été introduites par la première ordonnance de février 2017 relative aux ordres de santé. Le rapporteur se demande si l'impératif de clarté rédactionnelle nécessitait vraiment de prévoir deux dispositions concurrentes dans deux textes publiés à deux mois d'intervalle.

• Le même régime est étendu à l'ordre des infirmiers par l'article 7 de l'ordonnance (article L. 4312-9). S'agissant des deux autres ordres paramédicaux, les modifications apportées par l'ordonnance leur seront étendues puisque les dispositions relatives à leurs instances ordinales renvoient déjà à celles de l'article L. 4125-2 ⁽¹⁾.

• S'agissant des pharmaciens, un régime d'incompatibilité est d'ores et déjà prescrit par l'article L. 4233-2 du code de la santé publique entre les « *fonctions de membre d'un des conseils de l'ordre [et] celles de membre d'un des conseils d'administration d'un syndicat pharmaceutique ou d'une union régionale de professionnels de santé sont incompatibles* ».

(1) Articles L. 4321-19 pour les masseurs-kinésithérapeutes et L. 4322-12 pour les pédicures-podologues.

ii. La transparence des indemnités versées aux conseillers ordinaires

Si les membres d'un conseil ordinal exercent leurs activités à titre bénévole, ils peuvent se voir attribuer une indemnité. Leurs frais de déplacement peuvent aussi être pris en charge.

L'ordonnance en rend le versement public. L'article 2 le prévoit pour les ordres des professions médicales (article L. 4125-3-1), l'article 5 pour l'ordre des pharmaciens (article L. 4233-5). Le même régime est étendu à l'ordre des infirmiers par l'article 7 de l'ordonnance (article L. 4312-9). S'agissant des deux autres ordres paramédicaux, les modifications apportées par l'ordonnance leur sont appliquées puisqu'elles font référence au dispositif de l'article L. 4125-3-1 ⁽¹⁾.

iii. La modification du régime des élections ordinaires

L'ordonnance apporte aussi quelques modifications relatives aux élections ordinaires.

• L'article 2 en précise les modalités pour les ordres des professions médicales (article L. 4125-6) :

– élection aux conseils, du président et du bureau à la majorité des membres présents. Pour les élections aux conseils, la majorité s'étend toutefois aux membres ayant voté par correspondance ou par voie électronique ;

– instauration d'un règlement électoral par le conseil national.

Ces évolutions, qui ont vocation à être précisées par la voie réglementaire, devraient pouvoir assurer une légitimité aux membres des conseils, particulièrement avec l'élargissement du corps électoral. Elles devraient répondre aux remarques de la Cour des comptes portant sur l'ordre des chirurgiens-dentistes. Son rapport 2017 soulignait une organisation particulièrement marquée par la cooptation au niveau national et régional, « *le corps électoral [étant] resserré et empreint de relations personnelles* ».

À noter que l'ordonnance de février 2017 prévoyait déjà une rédaction sensiblement différente pour le même article. Cette première version ne prévoyait pas les principes de l'élection du président et du bureau.

Elle comportait deux dispositions contradictoires relatives à la désignation des membres du conseil : le premier alinéa instaurait une élection « *faite à la majorité des membres présents ou ayant voté par correspondance ou par voie électronique* » alors que le dernier alinéa mentionnait « *une élection faite à la majorité des membres présents ou représentés* ». Il est très probable que le dernier alinéa devait concerner les membres du bureau. Il faut donc considérer la seconde version portée par la présente ordonnance comme un repentir. Le législateur devra

(1) Articles L. 4321-19 pour les masseurs-kinésithérapeutes et L. 4322-12 pour les pédicures-podologues.

également veiller à supprimer les dispositions litigieuses de la première ordonnance lorsqu'elle sera soumise à ratification.

- S'agissant de l'ordre des pharmaciens, aucune disposition similaire n'est prévue par l'ordonnance. En effet, la partie législative du code renvoie à sa partie réglementaire la fixation des principes organisant les élections des différents conseils de l'ordre des pharmaciens. L'article L. 4233-3 dispose aussi qu'un « *règlement électoral établi par le conseil national de l'ordre en fixe les modalités* ». Le recours au vote électronique fait déjà partie des dispositions abordées par la voie réglementaire.

- Pour les trois ordres paramédicaux, les modifications portées par les articles 7, 8 et 9 visent le même objectif. Les dispositifs concernent aussi les conseils et chambres disciplinaires. On notera cependant que la présente ordonnance se borne à modifier les nouveaux articles L. 4312-14, L. 4321-18-5 et L. 4322-11-16 créés par l'ordonnance de février 2017. Comme pour les professions médicales, leur dispositif comporte une contradiction entre les premier et dernier alinéas, à laquelle il est mis fin dans la présente ordonnance.

Pour ces trois ordres, on soulignera aussi que les articles codifiés comportent d'autres alinéas, non modifiés par la présente ordonnance, prévoyant la fixation par décret en conseil d'État de la composition des différents conseils et des chambres disciplinaires, la durée et la périodicité de renouvellement des mandats de leurs membres, leurs règles de fonctionnement ainsi que les principes régissant les élections de ces instances.

Il en résulte une regrettable confusion dans la hiérarchie des normes. Avec la ratification, une partie seulement des dispositions relèvera du niveau législatif. Les autres alinéas, qui n'ont pas vocation à relever du domaine réglementaire, y subsisteront tant que la première ordonnance ne sera pas ratifiée.

B. LES DISPOSITIONS PROPRES À CERTAINS ORDRES

Le texte soumis à la ratification du Parlement comporte diverses dispositions affectant certains ordres médicaux et paramédicaux.

On soulignera plus particulièrement le choix judicieux de confier à la juridiction administrative le contentieux des élections ordinaires de l'ordre des pharmaciens. Le rapporteur s'interroge toutefois sur le nouveau régime de remplacement temporaire des pharmaciens titulaires d'officine empêchés d'exercer en raison de circonstances exceptionnelles.

Le texte offre davantage de garanties s'agissant de l'appel et du recouvrement des cotisations versées aux ordres paramédicaux en en confiant la responsabilité aux conseils nationaux.

1. Dispositions propres à l'ordre des chirurgiens-dentistes

L'article 3 procède à la rectification d'une coquille portant sur l'article L. 4142-2 du code de la santé publique créé par l'article 7 de l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017.

Cet article institue une commission de contrôle des comptes et placements financiers, placée auprès du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, chargée d'établir un rapport sur les comptes des conseils ainsi que sur la fixation de la cotisation.

Le dernier alinéa de l'article L. 4142-2 dispose que « *les fonctions de président de la commission de contrôle des comptes et placements financiers du Conseil national de l'ordre des médecins sont incompatibles avec toutes fonctions exécutives au sein des conseils* ». Le présent article vise à préciser qu'il s'agit bien du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Là encore, la pertinence de la modification le dispute à la confusion des dispositions applicables.

2. Dispositions propres à l'ordre des pharmaciens

L'ordonnance prévoit deux dispositions propres à l'ordre des pharmaciens relatives au contentieux des élections ordinales et au remplacement des pharmaciens titulaires d'officine.

• S'agissant des élections ordinales, l'article 5 vise à en confier le contentieux à la juridiction administrative (article L. 4233-3). Cette modification ne revêt pas un lien évident avec le champ de l'habilitation conféré par l'article 212 de la loi de modernisation de notre système de santé.

En réalité, il faut se référer aux modifications apportées par l'ordonnance de février 2017 sur les ordres des professions médicales. Rappelons que l'habilitation confère au Gouvernement la capacité de « *modifier la composition des conseils, la répartition des sièges au sein des différents échelons et les modes d'élection et de désignation de manière à simplifier les règles en ces matières et à favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux fonctions de membres dans l'ensemble des conseils* ».

Sur ce fondement, l'ordonnance de février 2017 avait modifié l'article L. 4125-5 par ailleurs applicable par coordination aux trois ordres paramédicaux. Cet article confie aux juridictions administratives le contentieux des élections ordinales. L'ordonnance avait alors étendu leur compétence au contentieux des élections des chambres disciplinaires.

On peut supposer que la modification opérée par l'ordonnance de février 2017 a un lien avec l'habilitation s'agissant du mode d'élections et de la simplification qui doit en découler.

De la même manière, on pourrait étendre ce raisonnement à l'ordre des pharmaciens dont le régime législatif ne prévoyait pas explicitement la compétence administrative du contentieux.

Cela étant, le rapporteur s'interroge sur le périmètre de la modification apportée qui ne couvre pas les élections des chambres disciplinaires.

- Conformément à la lettre de l'habilitation, l'article 6 de l'ordonnance prévoit des dispositions permettant le remplacement du titulaire d'officine empêché d'exercer en raison de circonstances exceptionnelles.

L'article L. 5215-21 du code de la santé publique dispose qu'une officine ne peut rester ouverte en l'absence de son titulaire que si celui-ci se fait régulièrement remplacer pendant une durée légale d'un an. L'article 140 de la loi de modernisation de notre système de santé autorise, par dérogation, la reconduction de cette durée pour un an supplémentaire par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS).

L'article 6 ajoute un nouveau motif de prorogation des délais fondé sur l'appréciation de circonstances exceptionnelles. Sur ce fondement, le directeur de l'ARS pourra encore reconduire la durée dans la limite de 3 ans.

Le rapporteur estime nécessaire de préciser la notion de « *circonstances exceptionnelles* », s'agissant d'une évolution dont l'ordre des pharmaciens n'était pas particulièrement demandeur.

3. Dispositions propres aux ordres paramédicaux

a. La réforme du financement des ordres paramédicaux

Le texte soumis à la ratification de notre assemblée comporte quelques modifications touchant au financement des ordres paramédicaux. Les articles 7, 8 et 9 procèdent à des évolutions respectivement pour l'ordre des infirmiers (article L. 4312-7), celui des masseurs-kinésithérapeutes (article L. 4321-16) et celui des pédicures-podologues (article L. 4322-9).

Les conseils nationaux de chacun des ordres, qui disposaient déjà de la faculté de fixer le montant de la cotisation, sont désormais habilités à l'appeler et à la recouvrer.

Ces modifications accordent une base juridique incontestable à une pratique existante validée par la jurisprudence. À titre d'exemple, le règlement intérieur de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes prévoit déjà le recouvrement des cotisations par le conseil national. C'est notamment sur le fondement de ces dispositions que la 1^{ère} chambre civile de la Cour de cassation avait reconnu sa compétence pour le recouvrement des cotisations ⁽¹⁾.

(1) Cass. Ire civ., 25 novembre 2015 : n° 15-10597, n° 15-10598, n° 15-10599, n° 15-10600, n° 15-10601.

b. L'application de la nouvelle carte régionale aux instances régionales

L'ordonnance contient quelques évolutions motivées par l'adaptation des ordres à la nouvelle carte des régions.

Pour l'ordre des infirmiers, le conseil régional ou interrégional devra « être consulté par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les questions et les projets relevant de ses compétences ». Il est aussi indiqué que les conseillers nationaux participent aux délibérations du conseil avec voix consultative. Ces modifications ne concernent que l'ordre des infirmiers car des dispositions identiques le prévoient déjà pour les autres ordres.

Pour l'ordre des pédicures-podologues, l'article 9 crée un nouvel article L. 4322-12-1 destiné à préciser la nouvelle carte des conseils interrégionaux notamment d'outre-mer et de leurs chambres disciplinaires. Le tableau qui suit en propose une synthèse.

NOUVELLE RÉPARTITION TERRITORIALE DES CONSEILS INTERRÉGIONAUX ET DE LEURS CHAMBRES DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE DES PÉDICURES-PODOLOGUES

	Instance concernée
Île-de-France	Conseil interrégional et chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de la région Île-de-France, Antilles-Guyane, La Réunion et Mayotte
La Réunion	
Mayotte	
Guyane	
Martinique	
Guadeloupe	
Saint-Martin	
Saint-Barthélemy	
Bretagne	Conseil interrégional et chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Bretagne-Saint-Pierre-et-Miquelon
Saint-Pierre-et-Miquelon	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Conseil interrégional et chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Corse
Corse	

c. Diverses dispositions relatives aux ordres des professions paramédicales

L'ordonnance comporte quelques dispositions de pure coordination ou de rectification d'erreurs matérielles commises dans la rédaction de la première ordonnance.

Les articles 7 et 8 modifient ainsi les deuxième et dernier alinéas de l'article 4312-5, le premier alinéa de l'article L. 4321-15, les alinéas premier à troisième de l'article L. 4321-17 ainsi que le premier alinéa de l'article L. 4322-8 du code de la santé publique. Ces rectifications pourtant bienvenues ne facilitent pas l'examen des textes soumis au Parlement.

II. LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER

L'article 10 étend aux ordres des médecins et des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française les évolutions portées par les ordonnances de février et d'avril 2017.

- Les I et III concernent l'ordre des médecins.

Le I, qui modifie l'article L. 4441-2, précise que la durée du mandat du président de la chambre disciplinaire est fixée à 6 ans renouvelable.

Le III rend applicable aux mêmes chambres disciplinaires l'article L. 4124-5 relatif au remplacement des membres titulaires et à la désignation aux fonctions de suppléants en cas de remplacement (*cf.* b du 3 du I du présent commentaire).

• Le II précise le régime de désignation des membres titulaires et suppléants des chambres disciplinaires de l'ordre des pharmaciens. Il dispose qu'*« en cas d'impossibilité de pourvoir aux sièges de membres titulaires ou suppléants [...] après avoir procédé à deux consultations électorales, il est procédé à une nouvelle consultation pour un nombre de membres de la chambre de discipline réduit à quatre membres titulaires et à quatre membres suppléants »*, au lieu de six membres titulaires et six membres suppléants.

III. LE CONTENTIEUX DU CONTRÔLE TECHNIQUE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les articles 11 et 12 modifient les dispositions relatives aux sections des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens et des professions paramédicales, ainsi qu'aux sections des assurances sociales des conseils nationaux de ces ordres. Il leur étend les conditions d'exercice des conseillers d'État et des magistrats administratifs qui en assurent la présidence (incompatibilités, durée du mandat, montant des indemnités) ainsi que celles relatives à leur assesseur.

A. UN CONTENTIEUX DÉVOLU À DES JURIDICTIONS SPÉCIALISÉES PLACÉES AUPRÈS DES ORDRES PROFESSIONNELS

Les fautes, fraudes et abus relevés à l'encontre des professionnels de santé ainsi que tout fait intéressant l'exercice de la profession, à l'occasion des soins dispensés ou des prestations servies, sont soumis à une section spécialisée des chambres disciplinaires des ordres professionnels – les sections des assurances sociales ou SAS.

Juridictions administratives spécialisées, les SAS sont composées des représentants de la profession de santé concernée et des organismes de sécurité sociale.

Le contentieux relève en première instance des SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre concerné. Pour les pharmaciens, il relève des sections des assurances sociales des conseils régionaux (pharmaciens d'officine) ou centraux de l'ordre (sections D, E, G, H pour les autres professions de pharmacie). En appel, le contentieux relève des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires des conseils nationaux des ordres. Les décisions de ces dernières peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.

Les SAS sont distinctes des chambres disciplinaires des ordres professionnels, qui sont régies par la quatrième partie du code de la santé publique et qui ont pour but de veiller, par le biais des ordres professionnels, au principe de moralité et de probité des professions de santé, à l'observation par leurs membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par les codes de déontologie.

B. LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PRÉSIDENTS ET ASSESSEURS DES SECTIONS ADMINISTRATIVES SPÉCIALISÉES

Comme pour les chambres disciplinaires nationales et de première instance, diverses modifications sont apportées pour préciser les conditions d'exercice des présidents et assesseurs des SAS du premier degré de juridiction et d'appel.

L'article 11 en décline les modalités pour les ordres des professions médicales, des pharmaciens et des professionnels paramédicales. Il clarifie également la compétence *rationae loci* de certaines SAS de première instance s'agissant de l'outre-mer et de la collectivité territoriale de Corse pour tenir compte de la nouvelle carte territoriale.

L'article 12 procède à des modifications similaires pour les ordres des professions médicales, des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française.

L'article 13 procède à diverses mesures de coordination.

1. Les sections administratives spécialisées des professions médicales

a. Les dispositions communes

L'article 11 étend aux SAS des ordres des professions médicales les modifications apportées à leurs chambres disciplinaires. Les articles L. 145-6 et

L. 145-7 précisent les modalités applicables aux SAS de première instance ou d'appel.

- En première instance, comme en appel, la durée du mandat du président et de ses suppléants est fixée à 6 ans renouvelable avec une limite d'âge de 71 ans. Le régime indemnitaire est, quant à lui, clarifié. Le montant est fixé par la voie réglementaire, les frais de déplacement sont remboursés dans les mêmes conditions que les fonctionnaires de l'État, le tout à la charge du conseil concerné (national, régional ou interrégional).

- Le texte prévoit également l'incompatibilité entre les fonctions de conseiller d'État assistant le conseil national de l'ordre des médecins et le Président ou les présidents suppléants de la SAS.

- S'agissant des assesseurs, la durée du mandat est fixée à 6 ans renouvelable en première instance comme en appel et le texte prévoit également l'hypothèse de remplacement d'un assesseur.

Le texte organise aussi certaines incompatibilités :

- incompatibilité de la fonction d'assesseur avec celle de président et de secrétaire général d'un conseil régional ou interrégional. Au plan national, cette incompatibilité ne concerne que les assesseurs de l'ordre des médecins.

- incompatibilité entre les fonctions d'assesseur des SAS de première instance et d'appel ;

- déport de l'assesseur s'il « *a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions ordinales* ».

b. Les particularités de certains ordres

Quelques particularités doivent également être soulignées s'agissant des ordres des professions médicales, qui concernent surtout les SAS près les conseils nationaux.

La présidence de la SAS du conseil national de l'ordre des médecins est assurée par un conseiller d'État nommé par le Vice-président du Conseil d'État alors qu'il était auparavant nommé par le garde des Sceaux, ministre de la justice. S'agissant des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, la procédure de désignation est inchangée : il s'agit toujours du conseiller d'État qui préside la formation disciplinaire de chacun de ces conseils.

c. Précisions relatives à la compétence rationae loci de certaines SAS

L'article L. 145-6-1 précise le ressort géographique de certaines juridictions spécialisées de première instance s'agissant de l'outre-mer et de la Corse. Elles sont synthétisées dans le tableau ci-après.

RÉPARTITION TERRITORIALE DE LA COMPÉTENCE DE CERTAINES SECTIONS ADMINISTRATIVES SPÉCIALISÉES DE PREMIÈRE INSTANCE DES ORDRES DES PROFESSIONS MÉDICALES

	Ordres des médecins et des chirurgiens-dentistes	Ordre des sages-femmes
La Réunion	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de la Réunion-Mayotte	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre d'Occitanie
Mayotte		
Guyane	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des Antilles-Guyane	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Bretagne
Martinique		
Guadeloupe		
Saint-Pierre-et-Miquelon	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Normandie	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Corse	
Corse		

2. Les sections administratives spécialisées des professions de pharmaciens

L'article L. 145-6-2 nouveau précise le cadre applicable aux présidents et assesseurs des SAS des conseils régionaux et centraux des sections D, E, F et H et du conseil national de l'ordre des pharmaciens. Jusqu'à présent, le régime juridique était précisé par la voie réglementaire.

Pour la présidence, le nouvel article prévoit une durée de mandat de 6 ans renouvelable et une limite d'âge fixée à 71 ans. La fonction est par ailleurs incompatible celle de conseiller d'État assistant le conseil national de l'ordre des pharmaciens : en conséquence, la présidence de la SAS du conseil national, jusque-là exercée par le conseiller d'État assistant le conseil, sera assurée par un conseiller d'État nommé par le vice-président du Conseil d'État.

Le texte prévoit par ailleurs le même régime indemnitaire que les SAS des conseils de l'ordre de médecins pour les présidents.

S'agissant des assesseurs, la durée du mandat est également de 6 ans renouvelable. L'incompatibilité de la fonction d'assesseur avec celle de président et de secrétaire général d'un conseil régional, central ou national est précisée ainsi que le déport de l'assesseur s'il « *a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions ordinaires* »

3. Les sections administratives spécialisées des ordres des professions paramédicales

Les articles L. 145-7-1 à L. 145-7-4 déclinent aux ordres des professions paramédicales des dispositions similaires.

Les articles L. 145-7-1 à L. 145-7-4 précisent le régime juridique respectivement des juridictions de première instance et d'appel. Les articles L. 145-7-2 et L. 145-7-3 organisent le ressort territorial de certains SAS s'agissant de l'outre-mer et de la collectivité territoriale de Corse.

L'article L. 145-7-1 instaure un régime commun aux trois ordres qui relevaient jusqu'à présent, pour une part, du code de la sécurité sociale et, pour une autre part, de l'article 110 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ⁽¹⁾. Ce régime reprend les mêmes dispositions que pour les ordres des professions médicales s'agissant :

- du régime de désignation des présidents et assesseurs ;
- du régime indemnitaire des présidents ;
- du régime d'incompatibilité des présidents et assesseurs à raison de la fonction ou de la connaissance des faits en cause.

Les articles L. 145-7-3 et L. 145-7-4 précisent la compétence *rationae loci* de certaines juridictions de premier degré pour l'ordre des infirmiers et celui des masseurs-kinésithérapeutes pour le premier article, pour l'ordre des pédicures-podologues dans le cas du second ⁽²⁾. Les tableaux qui suivent en présentent la synthèse.

RÉPARTITION TERRITORIALE DE LA COMPÉTENCE DE CERTAINES SECTIONS ADMINISTRATIVES SPÉCIALISÉES DE PREMIÈRE INSTANCE DES ORDRES DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

	Ordre des infirmiers	Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	Ordre des pédicures-podologues
Île-de-France	<i>non concerné</i>	<i>non concerné</i>	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de la région Île-de-France, Antilles-Guyane, La Réunion et Mayotte
La Réunion	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de la Réunion-Mayotte		
Mayotte			
Guyane	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des Antilles-Guyane		
Martinique			
Guadeloupe			
Saint-Martin			
Saint-Barthélemy			
Bretagne	<i>non concerné</i>	<i>non concerné</i>	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Bretagne-Saint-Pierre-et-Miquelon
Saint-Pierre-et-Miquelon	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Normandie		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Corse		SAS de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Corse
Corse			

(1) Le V de l'article 110 étend aux pédicures-podologues le régime applicable aux masseurs-kinésithérapeutes.

(2) Pour les pédicures-podologues, le regroupement est cohérent avec la carte interrégionale des conseils régionaux et de leurs chambres disciplinaires prévues par l'article L. 4322-12-1 créé par l'article 9 de la présente ordonnance.

4. Le cas particulier des ordres de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française

L'article 12 procède aux mêmes évolutions pour les ordres des professions médicales et des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française. Au terme du V de l'article 15, ces dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

L'article 13 procède à diverses mesures de coordination portant :

– au I, sur l'abrogation de dispositions relatives aux ordres professionnels des médecins et des chirurgiens-dentistes à Mayotte ;

– au II, sur la suppression des dispositions de l'article 110 de la loi du 9 août 2004 précitée relative aux pédicures-podologues devenues inutiles avec les dispositions codifiées relatives aux professions paramédicales ;

– au III, sur la suppression de dispositions obsolètes de l'article 13 de l'ordonnance n° 2015-949 du 31 juillet 2015 relative à l'égal accès des femmes et des hommes au sein des ordres professionnels.

IV. LES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Les articles 14 à 16 prévoient les modalités d'entrée en vigueur des dispositions de l'ordonnance, de transfert des compétences à raison de la refonte de la carte territoriale, ainsi que d'application du texte.

• L'article 14 précise l'entrée en vigueur des dispositions contenues dans l'ordonnance. Son I prévoit les échéances suivantes :

– pour les prochaines désignations et renouvellements suivant la publication de l'ordonnance, s'appliquent les prescriptions portant sur les limites d'âge, la durée du mandat ainsi que la détermination de l'autorité chargée de désigner les membres des conseils, des chambres disciplinaires et de leurs sections des assurances sociales ;

– à compter du 1^{er} janvier 2018, devront s'appliquer les nouveaux régimes indemnitaires et d'incompatibilité ;

– le 1^{er} janvier 2019 entreront en vigueur les dispositions relatives à la certification des comptes des ordres ainsi qu'aux marchés publics ;

– à l'occasion du renouvellement en 2020 des conseils de l'ordre des infirmiers et de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, les dispositions relatives à leur collège électoral.

– les dispositions relatives aux ordres paramédicaux portant sur les conseils et chambres disciplinaires (compétences, capacité du président à ester en justice, articulation avec les ARS, politique immobilière, appel et recouvrement

des cotisations, composition des chambres disciplinaires) s'appliqueront à compter du prochain renouvellement des conseils et des chambres disciplinaires.

Le II de l'article 14 précise l'entrée en vigueur de certaines dispositions issues de l'ordonnance du 16 février 2017.

● L'article 15 comporte diverses dispositions relatives aux transferts de compétences.

Les I à III concernent les SAS des chambres disciplinaires :

– le I prévoit le transfert des biens, droits et obligations aux SAS des chambres disciplinaires des ordres créés pour correspondre à la délimitation des nouvelles régions ;

– le II organise le transfert des dossiers en cours d'instruction vers les nouvelles SAS des chambres disciplinaires ;

– le III confère aux nouvelles SAS des chambres disciplinaires la levée des sanctions disciplinaires prononcées par les SAS anciennement chargées de l'instruction ;

Le IV procède au transfert des biens, droits et obligations en cas de regroupement des conseils départementaux ou interdépartementaux des ordres des professions médicales.

Le V dispose que l'article 12, relatif aux SAS des chambres disciplinaires des professions médicales et des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française, entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Le VI prévoit l'entrée en vigueur à compter du prochain renouvellement des instances notamment les dispositions relatives aux élections des ordres de professions médicales, ainsi que celles relatives à la nouvelle répartition du contentieux technique de la sécurité sociale concernant l'outre-mer et la Corse.

Le VII prévoit enfin plusieurs dispositions dérogatoires relatives au collège électoral des ordres des professions paramédicales des territoires d'outre-mer pour les prochaines élections suivant la publication de l'ordonnance.

● Pour mémoire, l'article 16 précise l'autorité en charge d'appliquer l'ordonnance.

*

La Commission adopte l'article premier⁽¹⁾ sans modification.

*

* *

(1) Article unique devenu article premier du fait de l'adoption d'articles additionnels.

Article 2

Consultation des ordres sur le montant des indemnités versées aux présidents des instances disciplinaires

La Commission examine l'amendement AS4 du rapporteur.

M. le rapporteur Thomas Mesnier. L'ordonnance modifie le régime indemnitaire des présidents des juridictions ordinaires. Aujourd'hui, le régime n'offre pas suffisamment de garanties et peut aboutir à des situations de conflits d'intérêts.

Cette évolution est motivée par le souhait de mettre fin à des pratiques variables et peu avouables de certains conseils ordinaires. Dans son dernier rapport, la Cour des comptes s'en était émue. Aux indemnités légales versées par les ordres, certains conseils régionaux versaient une rémunération complémentaire.

L'ordonnance généralise le versement d'indemnités dont le montant serait fixé par la voie réglementaire et pris en charge par les ordres.

S'agissant d'une somme prise en charge par les ordres, il est proposé de les consulter avant la fixation du montant.

La Commission adopte cet amendement.

*
* *

Article 3

Dispositions relatives à l'ordre des pharmaciens

La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS5 du rapporteur.

M. le rapporteur Thomas Mesnier. Cet amendement propose de corriger deux imprécisions affectant l'ordre des pharmaciens.

L'ordonnance généralise une durée de mandat de six ans pour toutes les juridictions ordinaires, à l'exception de la chambre de discipline nationale de l'ordre des pharmaciens. En accord avec l'ordre, il est proposé de réparer cet oubli.

Par ailleurs, une erreur matérielle qui a supprimé un alinéa du code de la santé publique relatif au règlement intérieur de l'ordre est corrigée.

La Commission adopte l'amendement.

*
* *

Article 4

Entrée en vigueur du régime d'incompatibilité

Puis la Commission passe à l'examen de l'amendement AS1 du rapporteur.

M. le rapporteur Thomas Mesnier. Le présent amendement prévoit une entrée en vigueur progressive du régime d'incompatibilité au fur et à mesure des renouvellements des conseils et des juridictions.

L'ordonnance prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ce qui risque de perturber le fonctionnement des ordres déjà très sollicités par l'application des dispositions relatives à la parité, aux limites d'âge et de durée de mandat.

Or, les dispositions transitoires prévoient déjà une application aux désignations et aux renouvellements à compter de la publication de l'ordonnance. Il s'agit d'étendre cette possibilité aux incompatibilités.

La Commission adopte cet amendement.

*

* *

Article 5

Report de l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la certification des comptes et aux marchés publics

La Commission se saisit ensuite de l'amendement AS3 du rapporteur.

M. le rapporteur Thomas Mesnier. Cet amendement reporte d'un an l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la certification des comptes et aux marchés publics.

La mise en place du nouveau processus de certification nécessite d'entreprendre le développement de moyens colossaux et très onéreux dans un laps de temps extrêmement court pour les ordres. Cette certification se traduira par le recours à un expert-comptable dans chaque conseil. Il importe de laisser du temps aux ordres pour sensibiliser et former leurs membres à ces nouvelles règles.

S'agissant des marchés publics, le report est motivé par le calendrier de publication du décret d'application. Ce dernier fera l'objet d'une concertation, mais il est à craindre que sa publication soit effective quelques semaines seulement avant le 1^{er} janvier 2019. Les auditions que j'ai conduites ont montré qu'il faut laisser aux ordres la possibilité de s'imprégner des nouvelles règles et de s'organiser en conséquence.

La Commission adopte l'amendement.

*Puis elle **adopte** l'ensemble du projet de loi ainsi **modifié**.*

*

* *

En conséquence, la commission des Affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le présent projet de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.

**ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES**

(par ordre chronologique)

➤ **Audition commune :**

- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) – Dr Patrick Bouet**, président, et **Dr Walter Vorhauer**, secrétaire général
- **Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes – M. Jean-Marc Richard**, vice-président, président de la commission législation et Europe, et **Mme Sylvie Germany**, juriste attaché la direction - Pôle juridique
- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes^(*) – Mme Marianne Benoît Truong Canh**, présidente, et **M. Jean-Marc Delahaye**, chargé des relations institutionnelles
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens^(*) – Mme Carine Wolf-Thal**, présidente, et **Mme Caroline Lhopiteau**, directrice générale
- **Conseil national de l'ordre des infirmiers – M. Olivier Drigny**, vice-président, et **Mme Arzu Gül**, responsable du service juridique
- **Ordre des masseurs-kinésithérapeutes – M. François Maignien**, vice-président, **Mme Marie-Josée Antoine**, responsable des relations institutionnelles, et **M. Thibaut Bousquet**, consultant auprès de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
- **Ordre des pédicures-podologues – M. Bernard Barbottin**, secrétaire général, et **Mme Hanouet Aline**, juriste

() Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de l'Assemblée nationale, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*