



N° 93

---

# 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° 2017-31 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,*

PAR MME MARIE TAMARELLE-VERHAEGHE,

Députée.

---

---

Voir le numéro :

*Assemblée nationale* : 6.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>I. LE CONTEXTE : LA REFONDATION DE LA NOTION DE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER PAR LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ DU 23 JANVIER 2016</b> .....	5
<b>II. DES MODIFICATIONS LÉGISTIQUES RENDUES NÉCESSAIRES PAR LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ</b> .....	6
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	9
<b>I. AUDITION DE LA MINISTRE ET DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	9
<b>II. EXAMEN DE L'ARTICLE UNIQUE</b> .....	31
<i>Article unique</i> : Ratification de 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.....	31



## AVANT-PROPOS

Le projet de loi qui nous est soumis vise à ratifier l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 relative à la 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.

L'ordonnance procède à la coordination de diverses dispositions législatives avec les nouvelles dispositions issues de la loi du 26 janvier 2016. Les principales modifications ont trait au rétablissement de la notion de service public hospitalier.

### I. LE CONTEXTE : LA REFONDATION DE LA NOTION DE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER PAR LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ DU 23 JANVIER 2016

L'article 99 de la loi a réintroduit la notion de service public hospitalier, supprimée par la loi dite « *hôpital, patients, santé et territoire* » (HPST) de 2009<sup>(1)</sup>. Cette loi de 2009 avait retenu une approche matérielle, résumée au travers de quatorze missions de service public énumérées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique<sup>(2)</sup>.

L'article 99 de la loi du 26 janvier 2016 abandonne cette approche pour renouer avec une définition organique du service public hospitalier, recentrée sur l'hôpital public.

L'article L. 6112-1 du code de la santé publique rappelle désormais que le service public hospitalier respecte les principes fondamentaux du service public français : égalité d'accès et de prise en charge, continuité, adaptation et neutralité.

La loi prévoit quatre conditions cumulatives pour les établissements et les professionnels participant au service public hospitalier (article L. 6112-2 du code de la santé publique) :

---

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) La permanence des soins ; la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et post-universitaire ; la recherche ; le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ; la formation initiale et le développement professionnel continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ; les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ; l'aide médicale urgente ; la lutte contre l'exclusion sociale ; les actions de santé publique ; la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ; les soins dispensés aux détenus ; les soins dispensés aux étrangers en centre de rétention ; les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

– un accueil adapté, notamment pour la personne en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

– la permanence d'accueil et de soins ;

– l'égalité d'accès à la prévention et à des soins de qualité ;

– l'interdiction des dépassements de tarifs et d'honoraires.

Des obligations complémentaires sont prévues dans le code de la santé publique pour les établissements assurant le service public hospitalier. Elles ont trait à la démocratie sanitaire, à la transparence, à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire.

La loi définit également le champ des établissements appelés à assurer le service public hospitalier. Il s'agit des établissements publics de santé, des hôpitaux des armées et des établissements privés d'intérêt collectif.

Les établissements privés à but lucratif peuvent être habilités à assurer le service public hospitalier après avis conforme de la conférence médicale d'établissement. Les établissements privés qui ne participent pas au service public hospitalier peuvent y être associés ont en charge les urgences. Dans ce cadre, aucun dépassement d'honoraires ne doit être pratiqué dans le cadre des soins ultérieurement prodigués.

## **II. DES MODIFICATIONS LÉGISTIQUES RENDUES NÉCESSAIRES PAR LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ**

Le présent projet de loi vise à ratifier l'ordonnance permettant les modifications légistiques rendues nécessaires par la loi de modernisation de notre système de santé.

Compte tenu de la technicité de la matière, l'article 225 de cette loi autorise le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour :

– modifier les parties législatives des codes et des dispositions législatives non codifiées, afin d'assurer la cohérence légistique des textes ;

– abroger les dispositions législatives devenues sans objet.

Cette ordonnance a été publiée le 12 janvier 2017, et respecte dont le délai prévu par l'habilitation de 12 mois suivant la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé (donc le 25 janvier 2017).

Elle a fait l'objet d'un projet de loi déposé au Sénat le 30 mars 2017, largement dans le délai de trois mois prévu par l'article 225 précité. Initialement

déposé au Sénat, le projet a été retiré du Sénat par le Gouvernement le 28 juin dernier pour être redéposé sur le bureau de notre assemblée le lendemain.





## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I. AUDITION DE LA MINISTRE ET DISCUSSION GÉNÉRALE <sup>(1)</sup>

*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° 2017-31 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, 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> – articles 1<sup>er</sup>, 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 la 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 DE L'ARTICLE UNIQUE

### *Article unique*

#### **Ratification de 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**

Cet article prévoit la ratification de 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, qui a été prise sur le fondement de son article 225.

Cette ordonnance permet de mettre en cohérence l'ensemble du corpus législatif en vigueur avec les dispositions issues de la loi de santé du 26 janvier 2016. Ces mises en cohérence sont en particulier rendues nécessaires par la réintroduction de la notion de service public hospitalier.

L'ordonnance comporte neuf articles répartis en deux titres.

Le titre I, qui comprend les articles 1 à 4 de l'ordonnance, modifie les dispositions législatives nécessaires afin de tenir compte de la réintroduction, par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, du service public hospitalier.

Pour mémoire, la loi HPST du 21 juillet 2009 avait supprimé cette notion de service public hospitalier, afin notamment de mieux associer les établissements privés de santé au service public. Elle avait remplacé cette notion par une liste de quatorze missions de service public pouvant être exercées séparément. La loi du 26 janvier 2016 a réintroduit cette notion de service public hospitalier, conçu comme un « bloc » d'obligations indissociables, exercées au premier chef par l'hôpital public.

Le titre II, qui couvre les articles 4 à 9, comprend des dispositions diverses. Il procède notamment aux modifications nécessaires pour tenir compte d'autres apports de la loi de modernisation de notre système de santé.

### **I. DES MESURES DE COORDINATION MOTIVÉES PAR LA RÉINTRODUCTION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

La version initiale du projet de loi de santé procédait, en son article 26 relatif au service public hospitalier (SPH), à diverses mesures de coordination au sein du code de la santé publique. Ces dispositions de coordination ont été supprimées par la rédaction globale de l'article à l'initiative du Gouvernement lors de son examen en première lecture par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Le Gouvernement souhaitait renvoyer à une ordonnance le

soin de procéder aux mesures de mise en cohérence. Plusieurs des modifications prévues par le projet de loi initial sont reprises par l'ordonnance.

## **A. DES DISPOSITIONS AFFECTANT QUATRE CODES**

Les articles 1 à 4 de l'ordonnance du 12 janvier 2017 permettent l'adaptation des dispositions législatives des codes de la santé publique, de la sécurité sociale, de l'éducation et du code général des impôts à la réintroduction du service public hospitalier portée par l'article 99 de la loi de modernisation de notre système de santé.

### **1. Les mesures de coordination relatives au code de la santé publique**

À l'exception de son 16°, l'article 1<sup>er</sup> modifie ou supprime des dispositions législatives du code de la santé publique afin de supprimer toutes les références aux missions de service public instituées par la loi HPST.

#### ***a. La nouvelle référence aux missions des établissements de santé et à l'aide médicale urgente***

• Aux 4° à 15° et aux 17° et 18°, la référence à ces missions de service public est supprimée aux articles contenus dans le tableau ci-dessous.

Si nécessaire, cette référence est remplacée par une référence à d'autres dispositions du code de la santé publique, et notamment au nouvel article L. 6111-1 relatif aux missions des établissements de santé<sup>(1)</sup> ainsi qu'à l'article L. 6112-1 qui mentionne l'aide médicale urgente.

---

(1) Soins, prévention et éducation à la santé, participation des établissements à la politique de santé publique et aux dispositifs de vigilance relatifs à la sécurité sanitaire, formation, recherche et innovation en santé.



Référence de l'article modifié (code de la santé publique)	Objet de l'article modifié
L. 4221-10	Relatif à l'accès à la profession de pharmacien des personnes titulaires d'un diplôme reconnu sans répondre aux conditions de nationalité. Le dispositif leur accorde la possibilité d'exercer dans les établissements de santé publics, dans les établissements privés participant au SPH et dans les établissements de transfusion sanguine en qualité de contractuel, sous réserve notamment d'une durée d'activité de trois ans dans un établissement assurant ou participant au SPH.
L. 4381-1	Encadre la formation initiale délivrée par les auxiliaires médicaux.
L. 6112-8	Détermine le financement par l'État notamment des dépenses de formation et de soins portés aux étrangers faisant l'objet d'une rétention administrative.
L. 6114-1 L. 6114-2	Relatif au régime des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
L. 6122-7	Relatif aux obligations prévues en cas d'autorisation par l'agence régionale de santé de projets relatifs à la création de tout établissement de santé, à la création, à la conversion et au regroupement des activités de soins et à l'installation des équipements matériels lourds.
L. 6141-7-3	Accorde aux établissements publics de santé la possibilité de créer des fondations hospitalières afin de concourir aux activités et non plus aux missions de recherche.
L. 6143-6	Permet de déroger au régime d'incompatibilité applicable aux représentants du personnel, membres du conseil de surveillance en cas de conflit d'intérêts lorsqu'est concerné un établissement privé assurant le SPH.
L. 6146-2	Autorise, sous conditions, le recours aux médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autre que les praticiens statutaires à temps plein. Ce recours concourt désormais aux missions communes aux établissements de santé définies à l'article L. 6111-1.
L. 6147-2	Relatif au centre d'accueil et de soins hospitaliers situé à Nanterre.
L. 6147-7	Relatif aux hôpitaux des armées.
L. 6154-1	Prévoit que les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé à exercer une activité libérale. Désormais, cette activité ne doit pas entraver les missions des établissements de santé et le service public hospitalier.
L. 6161-8	Autorise la conclusion d'accords de coopération entre un établissement de santé privé d'intérêt collectif et un établissement public de santé ou un groupement hospitalier de territoire.
L. 6161-9	Prévoit la possibilité pour les établissements privés à but non lucratif de recourir, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, à des professionnels auxiliaires médicaux libéraux.

### ***b. Les autres mesures de coordination***

Le 1° modifie des dispositions devenues sans objet à l'article L. 1527-1 portant sur l'application des dispositions du code de la santé publique à Wallis-et-Futuna. Les références au « *directeur régional ou départemental des affaires sanitaires et sociales* » et à « *l'agence régionale de l'hospitalisation* », obsolètes depuis la loi HPST, sont actualisées, et la référence aux établissements privés « *participant ou non au service public hospitalier* » est supprimée. La référence à « *l'Agence régionale de santé* » est remplacée par une référence à l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna.

Le 2° actualise la rédaction de l'article L. 2212-8. Celui-ci, qui définit les conditions dans lesquelles un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux, était devenu obsolète. La nouvelle rédaction vise désormais les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier.

Le 3° procède à une correction d'erreur matérielle au VI de l'article L. 3221-2. Cet alinéa autorise les établissements du service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale à constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement. La référence aux « *établissements de service public hospitalier* » est remplacée par celle, plus juste, d' « *établissements assurant le service public hospitalier* ».

## **2. Les mesures de coordination applicables au code de la sécurité sociale**

● L'article 2 permet une mise en cohérence similaire au sein du code de la sécurité sociale.

Ainsi, les références aux missions de service public et aux établissements participant au service public sont supprimées aux 1°, 2°, 3° et 6° dans les articles du code de la sécurité sociale détaillés dans le tableau ci-dessous :

<b>Référence de l'article modifié (code de la sécurité sociale)</b>	<b>Objet de l'article modifié</b>
L. 162-12-15	Relatif aux références professionnelles identifiant les soins ou prescriptions médicalement inutiles ou dangereuses établies par la Haute autorité de santé opposables aux professionnels de santé et également mises en œuvre par les établissements de santé dans le cadre de leurs consultations externes.

Référence de l'article modifié (code de la sécurité sociale)	Objet de l'article modifié
L. 162-22-13	Relatif à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versées dans le cadre des activités de court séjour. Dans cet article, il est désormais fait référence au schéma régional de santé instauré par la loi de modernisation de notre système de santé. S'agissant du périmètre de la dotation, le texte vise explicitement le financement de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical. Le rapport au Président de la République dispose que « le périmètre des activités est inchangé ».
L. 162-23-14	Relatif au rapport annuel portant sur le financement des établissements de santé.
L. 174-20	Régit les tarifs de soins et d'hébergement programmés pour les patients non couverts par un régime d'assurance maladie.

● Le 4° élargit le champ de l'article L. 162-29 sur le contrôle des établissements de santé par les organismes d'assurance maladie. Cet article n'avait pas été modifié suite à la loi HPST et faisait toujours référence aux « établissements publics de santé » et aux « établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier ». Le texte élargit son champ à tous les établissements de santé, la question de la participation au service public hospitalier n'étant plus pertinente dans ce domaine. Le 5° abroge concomitamment l'article L. 162-29-1 qui concernait le contrôle par l'assurance maladie des « établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier ».

À l'article L. 381-30-5, modifié par le 7°, sur les soins dispensés aux personnes détenues, la référence au 12° de l'ancien article L. 6112-1 du code de la santé publique, aujourd'hui sans objet (« les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier »), est remplacée par un renvoi au nouvel article L. 6111-1-2 du même code, qui reprend exactement la même formulation.

### 3. Les mesures de coordination applicables au code de l'éducation

L'article 3 actualise le code de l'éducation au regard des missions reconnues à l'ensemble des établissements de santé par l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, tel qu'issu de la loi de 2016 précité, qui prévoit notamment que les établissements de santé peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé (la loi HSPT avait sorti cette mission du cœur de métier des établissements pour en faire une mission de service public).

Le 1° modifie l'article L. 633-2 relatif à la possibilité pour les internes en pharmacie d'exercer dans tous les établissements de santé <sup>(1)</sup> une formation aux études pharmaceutiques.

Le 2° rectifie la rédaction de l'article L. 633-5 qui prévoit le concours des établissements de santé à l'enseignement universitaire et postuniversitaire pharmaceutique. Cette mission ressortit à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et non plus à l'article L. 6112-2 du même code.

Le 3° modifie l'article L. 731-6-1, introduit par l'article 68 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche.

Cet article prévoit que les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique ainsi que les formations paramédicales assurées par les établissements d'enseignement supérieur privés sont soumises à l'agrément conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les établissements dispensant ces formations doivent *a minima* établir une convention entre l'établissement dispensant ces formations et un établissement public de santé ou un établissement de santé privé participant au service public, approuvée par le ministre chargé de la santé, afin d'associer cet établissement de santé à la formation dispensée.

L'ordonnance assouplit cette disposition en l'élargissant logiquement à tous les établissements de santé privés qui participent à la formation en santé.

**L'article 68 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche**

L'article 68 vise à encadrer les formations dispensées dans le champ de la santé. Tirant parti d'une réglementation incomplète, des établissements privés se sont développés, en dehors du contrôle des établissements de santé, en proposant diverses formations en odontologie, pharmacie ou orthophonie, à l'instar de l'antenne du centre universitaire Fernando Pessoa ouverte à Toulon.

Cet article, plus connu sous le nom de mesure « anti-Pessoa » a généralisé l'obligation d'un agrément administratif doublé d'un conventionnement avec les établissements de santé.

**4. Les mesures de coordination applicables au code général des impôts**

L'article 4 de l'ordonnance modifie deux dispositions du code général des impôts relatives à des exonérations fiscales.

---

(1) Et non plus seulement dans les seuls hôpitaux publics, militaires ou privés participant au service public.

Les 1° et 2° amendent les dispositions relatives à l'exonération de la contribution de sécurité immobilière des établissements de santé.

Dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance, l'article 1043-0 A disposait qu'en étaient exonérés les établissements visés à l'article L. 6112-2 du code de la santé publique qui opéraient des mesures de restructuration, c'est-à-dire potentiellement l'ensemble des établissements de santé. La modification proposée revient à la rédaction antérieure à la loi HPST qui réserve l'exonération aux seuls établissements assurant le service public hospitalier.

L'entrée en vigueur du 2° est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2018 au terme de l'article 8 de l'ordonnance.

Le 3° actualise la rédaction de l'article 1382 C qui autorise les collectivités territoriales et leurs établissements publics de coopération intercommunale à exonérer de taxe foncière les immeubles ou parties d'immeubles qui appartiennent à des établissements participant au service public hospitalier. Il s'agit de viser désormais les établissements assurant le service public hospitalier.

## **B. L'ENJEU DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

Le 16° de l'article 1<sup>er</sup> modifie l'article L. 6154-2 du code de la santé publique afin de maintenir la possibilité d'exercer une activité libérale, éventuellement en pratiquant des dépassements d'honoraires.

Rappelons que la loi de modernisation de notre système de santé a fait de l'interdiction des dépassements d'honoraires une obligation du service public hospitalier : le 4° du paragraphe I de l'article L. 6112-2 issu de la loi de modernisation de notre santé dispose que les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services l'absence de dépassement d'honoraires.

L'ordonnance rétablit la possibilité pour les praticiens à temps plein des établissements publics de santé de pratiquer des dépassements d'honoraires. Le texte dispose que les modalités de la dérogation seront précisées par la voie réglementaire.

**Extrait de l'étude d'impact annexée au projet de loi relatif à la santé, n° 2302,  
déposé le 15 octobre 2014 sur le bureau de l'Assemblée nationale**

*La réintroduction du service public hospitalier « n'impose pas (...) de remise en cause du statut des praticiens hospitaliers à temps plein et notamment des dispositions concernant l'activité libérale de ces praticiens. En effet cette activité est une activité personnelle de ces professionnels. Par ailleurs cet exercice est strictement encadré par la loi (en temps comme en volume d'activité) et limitée à un nombre très faible de médecins exerçant dans ces établissements (moins de 5 %). L'exercice de cette activité ne devra en rien limiter la capacité d'établissement assurant le SPH à répondre pour l'ensemble de l'activité pour lequel il est autorisé et à tout moment à un besoin de la population dans des conditions respectant les principes du SPH et notamment le non dépassement d'honoraires. En cela la réintroduction de la notion de SPH ne constitue pas un frein au recrutement des praticiens hospitaliers qui serait lui-même un frein au développement du SPH. Cette activité libérale ne peut être comparée à celle des médecins libéraux exerçant en établissement de santé privé dans la mesure où ces derniers peuvent, contrairement au praticien hospitalier, exercer une activité libérale en dehors de leur établissement de santé (en cabinet de ville ou dans un établissement non SPH avec autorisation de pratiquer des dépassements d'honoraires). Ils ne sont pas tenus en effet à l'exercice d'un temps plein de leur activité au sein de l'établissement de santé. »*

Le secteur d'activité libérale des établissements publics reste aujourd'hui très circonscrit.

Les spécialités concernées sont essentiellement la chirurgie (orthopédique et cardiaque notamment), la gynécologie-obstétrique et, à moindre titre, la radiologie.

Selon les informations transmises à votre rapporteure, l'activité libérale concernait en 2014, 4 623 médecins hospitaliers, soit seulement 10 % des praticiens hospitaliers exerçant à temps plein éligibles à cette activité. Parmi ces 4 623 hospitaliers, seuls 2 041, soit 40 % exercent en secteur 2 : ils ne représentent donc que 7 % de l'ensemble des médecins en secteur 2.

Par ailleurs, le taux moyen de dépassement d'honoraires des praticiens hospitaliers a déjà fortement diminué au cours des dernières années, passant de 75,9 % en 2010 à 55 % en 2014.

La rapporteure souligne également que l'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé a renforcé l'encadrement de l'activité libérale dans les établissements publics de santé reprenant les conclusions du groupe de travail piloté par Mme Dominique Laurent, dont le rapport a été remis à la ministre des affaires sociales et de la santé le 31 mars 2013 <sup>(1)</sup>.

---

(1) Dominique Laurent, *L'activité libérale dans les établissements publics de santé, rapport remis à la ministre des affaires sociales et de la santé le 31 mars 2013.*

Au terme de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés. Ils doivent à cet effet conclure un contrat, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.

L'activité libérale peut concerner les consultations externes, les actes médicotechniques et les soins en hospitalisation, à plusieurs conditions :

– le praticien hospitalier qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et, à titre principal, une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

– la durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

– le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le code de la santé publique précise aussi :

– que l'activité libérale est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique ;

– que les organismes d'assurance maladie doivent communiquer au directeur et au président de la commission de l'activité libérale de l'établissement les informations relatives aux recettes, au nombre de consultations et au nombre et à la nature des actes effectués à titre libéral par le praticien, mais aussi aux dépassements d'honoraires pratiqués.

Enfin, rappelons qu'en cohérence avec le 15° de l'article 1<sup>er</sup> de la présente ordonnance, qui modifie l'article L. 6154-1, la pratique d'une activité libérale est autorisée, sous réserve que son exercice n'entrave pas l'accomplissement des missions des établissements de santé définies aux articles L. 6111-1 à L. 6111-1-4 ainsi qu'à l'article L. 6112-1 (aide médicale urgente).

## **II. LES AUTRES MISES EN COHÉRENCE ENTRAÎNÉES PAR L'ADOPTION DE LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ**

### **A. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

L'article 5 de l'ordonnance effectue plusieurs modifications purement rédactionnelles dans le code de la santé publique.

Le 1° corrige une erreur matérielle touchant l'article L. 1110-4 sur le droit des patients au respect de leur vie privée et du secret des informations les

concernant : la rédaction issue de la loi de modernisation de notre système de santé était particulièrement restrictive. Parmi les organismes concernés, elle visait le professionnel de santé, l'établissement ou un des services de santé « *définis au livre III de la sixième partie* » du code de la santé publique, excluant *de jure* les établissements de santé, les laboratoires de biologie médicale ou encore les hôpitaux des armées, auparavant soumis à cette obligation. L'ordonnance corrige cette erreur rédactionnelle pour rendre le dispositif cohérent avec l'objectif poursuivi par la loi de modernisation de notre système de santé.

Le 2° modifie l'article L. 1115-1 relatif aux dispositions pénales applicables à l'hébergement des données de santé pour le rendre cohérent avec la formulation issue de la loi de modernisation de notre système de santé de l'article L. 1111-8.

Le 3° modifie enfin l'article L. 1335-3, issu de la loi de modernisation de notre système de santé, relatif aux installations collectives de brumisation d'eau dans l'espace public. À la suite de cas de légionelloses générés par ces brumisateurs lorsque la température de l'eau dépasse 25 °C et lorsque leur entretien n'est pas suffisant, la loi prévoit la possibilité d'encadrer les installations collectives de brumisation. Sont exclues du champ d'application les installations ne relevant pas de « *la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement* ».

Or, la formulation retenue par la loi sous-entend que les brumisateurs ne sont pas concernés dès lors qu'ils sont installés sur un site classé « *installation classée pour la protection de l'environnement* » (ICPE). L'ordonnance revoit la rédaction de cet article afin de restreindre cette exclusion aux seuls brumisateurs directement encadrés par la réglementation relative aux installations classées pour la protection de l'environnement. Cette écriture permet de viser également les brumisateurs installés sur un site ICPE mais ne répondant pas à l'encadrement réglementaire spécifique aux rubriques des ICPE. L'ordonnance précise que la législation s'applique logiquement à l'exploitant et non plus au propriétaire de l'installation.

Le 4° modifie en cohérence l'article L. 1335-5 afin de préciser que les dépenses de contrôle portant sur les installations de brumisation sont à la charge de l'exploitant et non plus du propriétaire.

Le 5° modifie, à l'article L. 1411-1, la dénomination de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé pour la rendre cohérente avec les autres dispositions du code de la santé publique.



### **L'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS)**

« L'article 1<sup>er</sup> de la loi du 26 janvier 2016 précitée crée un nouvel article L. 1114-6 au sein du code de la santé publique, prévoyant la constitution, sous le régime de la loi 1901, d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), composée des associations d'usagers du système de santé agréées au plan national.

Le texte précise les missions qui lui sont dévolues :

- avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé ;
- animation d'un réseau des associations agréées d'usagers aux niveaux national et régional ;
- possibilité d'ester en justice pour la défense de ses propres intérêts moraux et matériels comme de ceux des usagers du système de santé ;
- représentation des usagers auprès des pouvoirs publics, notamment en vue de la désignation des délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par les pouvoirs publics ;
- proposition au ministre chargé de la santé de la liste des associations agréées. »

*Source : Michèle Delaunay, rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, n° 4151, tome II, assurance maladie, XIV<sup>e</sup> législature, session ordinaire 2016-2017.*

## **B. LES DISPOSITIONS AFFECTANT LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

L'article 6 de l'ordonnance effectue des modifications rédactionnelles dans le code de la sécurité sociale.

Le 1<sup>o</sup> rectifie la rédaction de l'article 162-1-11 qui traite de la mission générale d'information des assurés sociaux par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base. Ces derniers peuvent informer les patients sur la situation des professionnels de santé au regard de la formation continue. Il est désormais fait référence à la formulation retenue par l'article L. 4021-1 du code de la santé publique issue de la loi de modernisation de notre système de santé (« *développement professionnel continu* »). Est aussi supprimée l'information sur la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1, ce dernier article ayant été abrogé par l'article 114 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Le 2° rectifie une erreur de référence mentionnée l'article L. 162-14-4 relatif aux conventions nationales signées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Cet article prévoit notamment les modalités d'adaptation des dispositions conventionnelles aux territoires. Il est fait référence au zonage déterminé par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, la loi de modernisation de notre système de santé ayant procédé à une nouvelle rédaction des dispositions relatives à la territorialisation de la politique de santé.

Le 3° modifie enfin l'article L. 162-15 relatif aux conventions passées avec les professionnels de santé, pour en simplifier la rédaction. En effet, l'article 164 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la fusion, au sein d'unions régionales des professionnels de santé (URPS), du collège des médecins dits de bloc – chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens – et celui des autres médecins spécialistes en un collège unique des médecins spécialistes à compter des prochaines élections aux URPS, ramenant le nombre total des collèges de trois à deux. La fusion n'interviendra qu'au moment des prochaines élections des URPS à l'automne 2020. L'article mentionnait déjà deux collèges de médecins spécialistes, alors que cette fusion n'est pas encore effective. L'ordonnance le rectifie en mentionnant uniquement ces collèges sans en préciser le nombre.

### **C. LES MESURES DE COORDINATION RELATIVES AUX TEXTES NON CODIFIÉS**

D'autres modifications sont portées par l'article 7 de l'ordonnance. Elles ont trait à plusieurs dispositions non codifiées.

Le I de l'article 7 de l'ordonnance modifie la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant diverses dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. En effet, l'article 210 de la loi de modernisation de notre système de santé a institué un seul comité consultatif national pour l'ensemble des corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière, au lieu d'un comité par corps. L'ordonnance opère les modifications nécessaires pour adapter la rédaction de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

Le II de l'article 7 modifie l'article 46 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire qui précise les conditions de la prise en charge médicale des détenus. Par coordination avec la clarification des missions dévolues aux établissements de santé et par souci de simplicité, l'article renvoie aux dispositions prévues par le code de la santé publique.

Le III de l'article 7 abroge également l'article 53 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Ce dernier abrogeait lui-même l'article 13 de la loi du 16 juillet 2013 sur l'obligation d'autorisation de mise sur le marché transitoire de certains produits biocides, tout en précisant qu'il continuait de s'appliquer pour les produits pour lesquels l'attribution d'une autorisation était encore en cours.

Or, ce même article a été totalement abrogé par l'article 18 de la loi n° 2015-1567 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la prévention des risques.

L'article 53 de la loi de modernisation de notre système de santé est donc non seulement devenu sans objet, mais pourrait également générer des difficultés d'interprétation.

Pour mémoire, l'article 9 mentionne les autorités chargées de l'application de l'ordonnance.

\*

*La Commission en vient ensuite à l'examen de l'article unique du projet 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) (Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, rapporteure).*

*La Commission **adopte** l'article unique **sans modification** et, en conséquence, le projet de loi.*

\*

\* \*

**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.**