



N° 3779

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 janvier 2021.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI, REJETEE PAR LE SÉNAT, *visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats,*

PAR M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE,

Député.

---

---

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 1<sup>re</sup> lecture : 2226, 2428 et T.A. 358.

2<sup>e</sup> lecture : 3063.

Sénat : 1<sup>re</sup> lecture : 164, 461 et 462 T.A. 95 (2019-2020).



## SOMMAIRE

	Pages
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>I. POURQUOI DES « PASI » ? UNE RÉPONSE MODESTE MAIS ATTENDUE AU GRAND DÉFI DES URGENCES</b> .....	5
<b>II. UNE PROPOSITION DE LOI MALHEUREUSEMENT REJETÉE PAR LE SÉNAT</b> .....	7
<b>COMMENTAIRE DES ARTICLES</b> .....	11
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Création de points d'accueil pour soins immédiats .....	11
<i>Article 2</i> : Gage de recevabilité .....	13
<b>COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	15
<b>I. DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	15
<b>II. EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	26
<b>ANNEXE : DISPOSITIONS EN VIGUEUR MODIFIÉES OU ABROGÉES PAR LA PROPOSITION DE LOI</b> .....	33



## AVANT-PROPOS

Le 28 novembre 2019, l'Assemblée nationale a adopté, à l'unanimité et avec l'avis favorable du Gouvernement, une proposition de loi visant à la création de points d'accueil dédiés aux soins immédiats, présentée par le rapporteur et les députés du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés.

La proposition de loi ainsi adoptée puis transmise au Sénat ne comportait plus qu'un seul article. Son article 2, qui introduisait un gage financier, a en effet été levé en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du Gouvernement.

Avant cette adoption à l'unanimité, cette proposition de loi avait fait l'objet de travaux approfondis et d'importantes modifications lors de son examen par la commission des affaires sociales de l'Assemblée.

Elle a ensuite été adoptée et enrichie par la commission des affaires sociales du Sénat, avant d'être malheureusement rejetée en séance publique.

Le rapporteur se félicite qu'elle continue son chemin à travers la navette parlementaire et soit ainsi examinée en deuxième lecture à l'Assemblée nationale.

### I. POURQUOI DES « PASI » ? UNE RÉPONSE MODESTE MAIS ATTENDUE AU GRAND DÉFI DES URGENCES

- Cette proposition de loi est issue du terrain. Elle a pour objectif d'apporter une réponse très concrète à une demande réelle des patients en matière de soins non programmés, et de compléter ainsi l'arsenal de réponses aujourd'hui proposées face à la question complexe de la saturation des urgences.

Les enquêtes qui ont été menées ces dernières années par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montrent sans équivoque que près de 60 % des patients se rendent aux urgences non parce qu'ils sont dans un état d'urgence vitale ou même grave, mais parce que les soins y sont plus accessibles, plus proches ou parce qu'ils y trouvent la possibilité de réaliser des examens complémentaires rapidement. Les services d'urgences ont en effet l'avantage de proposer, en un seul lieu et à toute heure du jour et de la nuit, une prise en charge complète permettant de réaliser des examens complémentaires (accès à des actes d'imagerie et de biologie ou à un médecin spécialiste), sans avance de frais.

L'ambition de la présente proposition de loi est de contribuer à apporter une réponse rapide aux besoins de nos concitoyens **en labellisant et en rendant identifiables pour les patients des structures** qui existent aujourd'hui tout en étant encore trop méconnues.

Elle s'inscrit en complément des propositions qui ont par ailleurs été formulées en parallèle par l'exécutif, notamment dans le cadre du **pacte de refondation des urgences** présenté le 9 septembre 2019, sur la base de la mission nationale conduite par le député Thomas Mesnier et le professeur Pierre Carli.

Pour mémoire, ce pacte de refondation des urgences présenté par le Gouvernement prévoit notamment la mise en place dans tous les territoires d'un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins, le service d'accès aux soins. Il prévoit également de nombreuses mesures pour renforcer la prise en charge des soins non programmés en amont des urgences, et notamment :

- le renforcement de l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé, et le financement de cinquante maisons médicales de garde supplémentaires ;

- la possibilité pour les transporteurs sanitaires privés de conduire des patients orientés par les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les médecins de garde vers les maisons et centres de santé ou les maisons médicales de garde identifiés par les agences régionales de santé (ARS) ;

- l'aide à l'équipement en terminaux pour permettre aux médecins libéraux participant à la permanence des soins ambulatoires de proposer le tiers payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

- l'accès direct à des examens de biologie dans le cadre de consultations sans rendez-vous en libéral, par le biais d'aides à l'équipement.

- La présente proposition de loi, modeste, intervient en complément utile de ces différents engagements tout aussi nécessaires et qui sont en train d'être mis en œuvre. Elle permettra d'améliorer la régulation des demandes de soins non programmés grâce à la création d'un label « **Point d'accueil pour soins immédiats** » (PASI). Cette terminologie de « soins immédiats » a été préférée par le rapporteur à celle trop médicale et technique de soins non programmés.

Ce label serait proposé aux établissements de santé disposant d'un plateau technique minimum, qui devra comprendre un service de radiologie, un service de biologie et du matériel permettant certains soins tels que les sutures et les immobilisations. Une personne qui se tord la cheville ou s'ouvre légèrement le front et a besoin de points de sutures pourra par exemple se diriger directement vers un PASI.

Les PASI s'inscriront ainsi dans la logique de la gradation des soins, et leur labellisation sera conditionnée au respect d'un cahier des charges défini au niveau national par arrêté ministériel. Cette labellisation leur serait accordée par les ARS.

La reconnaissance de ces PASI, déjà expérimentés dans certains secteurs de la région Auvergne-Rhône-Alpes, permettra de **mailler le territoire d'une offre de soins non programmés graduée**.

L'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes a par exemple conclu une convention avec une clinique dont une unité accueille **sans urgentiste** des patients relevant des soins non programmés et **sans rendez-vous**. Ouvert de 9 heures à 19 heures, voire 22 heures du lundi au samedi, le dispositif propose un espace de consultations pour les patients de plus de 16 ans consultant pour des urgences traumatologiques (plaies, fractures, entorses, etc.) ou pour des motifs d'ordre médical (médecine générale, bilan de douleur abdominale), ou chirurgical. Sont accueillis les patients adressés par un médecin traitant, un médecin spécialiste ou sur les conseils du 15, ainsi que ceux ayant pris un contact téléphonique préalable avec la structure. Le dispositif n'est pas agréé comme service d'urgences, et le médecin généraliste a la possibilité de réorienter le patient vers une autre structure hospitalière disposant d'un plateau médico-chirurgical adapté à son état de santé. Il dispose d'un accès au laboratoire d'analyse médicale au sein de la clinique ainsi qu'au service de radiologie et d'imagerie.

Sur ce modèle, dans une perspective de gradation des soins, les PASI proposés par la présente proposition de loi seraient habilités à pratiquer des actes médicaux de premier recours, le médecin généraliste du PASI pouvant demander tout avis spécialisé, soit au sein de l'établissement soit par télédiagnostic, et réorienter si besoin le patient vers des structures dispensant des soins de second recours. À la différence des services d'urgences, les horaires d'ouverture des PASI seraient définis avec les ARS, sans obligation d'ouvrir la nuit.

- Ces points d'accueil devraient principalement être financés par le fonds d'intervention régional, ce qui permettra d'accompagner leur mise en place et de soutenir une partie de leurs coûts structurels de fonctionnement, en parallèle de la rémunération à l'acte des professionnels de santé par l'assurance maladie.

## **II. UNE PROPOSITION DE LOI MALHEUREUSEMENT REJETÉE PAR LE SÉNAT**

- En juin dernier, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté le texte transmis par l'Assemblée nationale enrichi de plusieurs précisions, sur l'impulsion de la rapporteure, Mme Élisabeth Doineau, membre du groupe Union Centriste.

Son rapport a souligné que les PASI offrent « *un outil parmi d'autres dont les acteurs de santé pourront se saisir* » mais aussi « *une reconnaissance attendue à des structures dont le soutien dépend parfois à l'heure actuelle, comme l'ont indiqué les représentants des fédérations hospitalières, du "bon vouloir" des ARS* ».

Cependant, la rapporteure a également souligné, à juste titre, que la présente proposition de loi continue à soulever chez certains acteurs des réserves voire des

réticences « *qu'il faut entendre pour assurer la réussite de la démarche et l'adhésion des professionnels de santé* ».

En adoptant trois amendements de la rapporteure, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a ainsi apporté des précisions à la proposition de loi visant à répondre à ces craintes, afin « *d'inscrire ces PASI dans un projet de santé de territoire cohérent pour ne pas "surajouter" de la complexité et de la confusion à notre système de soins, au moment même où l'offre de soins ambulatoire est en voie de se structurer, notamment dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)* ».

Elle a notamment mis l'accent sur la nécessaire complémentarité des PASI avec l'offre de soins présente au niveau d'un territoire, afin d'éviter tout effet de concurrence entre les acteurs de santé.

Elle a par ailleurs valorisé le rôle important que pourront jouer dans ces structures les professionnels de santé non médicaux, notamment les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes, en raison de leurs compétences dans la prise en charge des soins de premier recours, ouvrant aux PASI la possibilité d'être des lieux privilégiés de déploiement des protocoles de coopération, permettant ainsi des délégations de tâches entre professionnels de santé, dans le cadre d'un exercice coordonné.

La commission a également souligné la nécessaire articulation des PASI avec le parcours de santé, en prévoyant l'information du médecin traitant s'il est extérieur à la structure. Cette précision apparaît extrêmement pertinente.

Enfin, elle a adopté un amendement visant à mettre en avant l'initiative première des acteurs du territoire dans la démarche de labellisation d'un PASI, et conduisant à subordonner la création d'un PASI à la présentation d'un projet par des professionnels de santé du territoire. S'il partage pleinement son objectif, le rapporteur craint toutefois que cette dernière proposition ne représente *in fine* qu'un poids supplémentaire pour les acteurs du terrain et constitue un frein presque réhibitoire au développement rapide des PASI sur tout le territoire. Le pouvoir d'initiative de l'ARS dans la constitution de ces PASI reste, aux yeux du rapporteur, un élément déterminant.

Malgré cette dernière réserve, le rapporteur tient à remercier la commission des affaires sociales du Sénat, et tout particulièrement sa rapporteure, d'avoir ainsi enrichi la proposition de loi, tout en s'inscrivant pleinement dans l'esprit de la proposition adoptée à l'Assemblée.

● En dépit de cette adoption en commission, le Sénat a malheureusement rejeté cette proposition de loi en séance publique, considérant qu'elle n'était pas à la hauteur des défis aujourd'hui posés à notre système de santé, et notamment à l'hôpital, au lendemain de la crise sanitaire tragique que nous sommes en train de traverser.

Évidemment, cette proposition de loi n'a pas la prétention de refonder notre système de santé ni de répondre à toutes les aspirations légitimes des professionnels de santé comme des patients. Toutefois, la crise sanitaire doit-elle nous amener à renoncer à tous les petits pas possibles pour améliorer la prise en charge des patients au jour le jour, en ville comme à l'hôpital ?

Le rapporteur considère que la transformation structurelle portée par le Ségur de la santé ne doit pas conduire à abandonner tous les projets de transformations plus ponctuelles et dont les effets se verront à court terme. Il se félicite donc de l'inscription dans cette niche parlementaire de cette proposition de loi porteuse d'une amélioration substantielle dans le quotidien de nos concitoyens.

\*

\* \*



## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Création de points d'accueil pour soins immédiats**

Origine de l'article : proposition de loi initiale.

Position de la commission : adopté avec modifications.

À l'Assemblée nationale, cet article de la proposition de loi a été profondément remanié en commission des affaires sociales puis complété plus marginalement en séance.

- La rédaction initiale de la proposition de loi prévoyait d'inscrire la mission d'« *accueil pour soins immédiats* » dans la définition des missions du service public hospitalier, en complétant ainsi les articles L. 6112-1 et L. 6112-5 du code de la santé publique.

La proposition de loi réservait dès lors aux seuls établissements de santé l'autorisation de comporter un ou plusieurs points d'accueil pour soins immédiats.

- Les auditions menées par le rapporteur en première lecture ont montré la nécessité de modifier profondément ce dispositif.

Lors de son examen du texte, la commission des affaires sociales a ainsi adopté à l'initiative du rapporteur un amendement de réécriture globale de l'article 1<sup>er</sup>.

Le texte *in fine* adopté à l'Assemblée modifie notamment le positionnement au sein du code de la santé publique des dispositions sur l'accueil de soins immédiats afin de détacher ces dispositions de celles sur le service public hospitalier, pour les insérer dans un nouveau chapitre dédié.

Surtout, la rédaction ainsi adoptée supprime l'exclusivité donnée aux établissements de santé pour héberger un PASI. Elle **ancre définitivement les PASI du côté de la médecine de ville**.

Par ailleurs, elle substitue au régime d'autorisation le principe, plus souple, d'une labellisation par le directeur général de l'agence régionale de santé de toute structure répondant aux critères définis par la présente proposition de loi.

Trois critères sont ainsi prévus.

Le premier de ces critères est le **respect d'un cahier des charges défini par arrêté** du ministre chargé de la santé, qui devra prévoir impérativement qu'elles

disposent ou donnent accès à des **plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale** à proximité.

Ensuite, la création et le fonctionnement du PASI doivent être **prévus par le projet territorial de santé ou dans le projet de santé d'une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé**. Jusqu'à la constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé pourra prendre l'initiative de labelliser une telle structure, qui peut ultérieurement être intégrée à son projet de santé.

Cette dernière disposition de la proposition de loi est celle qui a fait l'objet du plus grand nombre de débats à l'Assemblée nationale.

Un sous-amendement présenté par M. Thomas Mesnier et les membres du groupe La République en Marche a en effet été adopté en commission des affaires sociales, tendant à inscrire obligatoirement le PASI à la fois dans un projet territorial de santé et dans le projet de santé d'une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé, contre l'avis du rapporteur. Une telle disposition aurait en effet conduit à une situation de blocage au vu de l'état actuel du développement des projets territoriaux de santé. Cette disposition a finalement été supprimée lors de l'examen en séance publique de la proposition de loi.

Enfin, les PASI devront pratiquer le mécanisme du tiers payant et ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires. En outre, en cas d'orientation du patient vers une autre structure de soins ou vers un professionnel de santé exerçant à l'extérieur du PASI, une information devra lui être fournie sur la pratique ou non, par l'offreur de soins proposé, du dépassement de ces tarifs et du mécanisme du tiers payant. En effet, comme le souligne le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat, résumant parfaitement la pensée du rapporteur à ce sujet, *« l'absence de pratique du tiers payant dans les maisons médicales de garde (MMG) conduit, a contrario, des patients à privilégier le recours aux urgences, induisant une moindre attractivité de ces structures d'accueil de la permanence des soins ambulatoires »*.

Enfin, la présente proposition de loi précise que ces structures font l'objet d'une signalétique spécifique, dont les caractéristiques seront déterminées par voie réglementaire.

En effet, pour le rapporteur, la visibilité du PASI sera un élément important dans une perspective de développement rapide du dispositif. En complément du réseau des croix rouges qui identifient les urgences vitales, et du réseau des croix vertes que sont les pharmacies, tous deux parfaitement identifiés sur le territoire national, une signalétique simple pourrait être proposée, telle qu'un **croix orange**, qui donnerait immédiatement aux PASI la visibilité nécessaire à leur reconnaissance par la population.

● En deuxième lecture, la commission des affaires sociales a adopté, à l’initiative du rapporteur, un amendement rédactionnel ainsi que deux amendements reprenant des dispositions adoptées en commission au Sénat à l’initiative de la rapporteure Élisabeth Doineau.

Le premier amendement vise, d’une part, à mettre l’accent sur la nécessaire complémentarité des PASI avec l’offre de soins de chaque territoire, et, d’autre part, à souligner que les PASI pourront également s’appuyer sur des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Cet amendement précise également que les PASI assurent des soins non programmés relevant de la médecine « ambulatoire », terme *in fine* préféré au terme de médecine « générale », plus restrictif, initialement prévu par la version de l’Assemblée comme dans celle du Sénat.

Le deuxième amendement dispose que le cahier des charges des PASI devra également préciser les modalités d’information du médecin traitant lorsque celui-ci est extérieur à la structure.

La commission des affaires sociales a également adopté, avec l’avis favorable du rapporteur, un amendement de Thomas Mesnier ajoutant un quatrième critère aux trois critères déjà posés par la proposition de loi pour la labellisation des PASI. Cet amendement prévoit que les consultations médicales dans les PASI devront être assurées par des médecins spécialistes en médecine générale exerçant en établissement de santé et en secteur ambulatoire sur le territoire.

\*

\* \*

## *Article 2*

### **Gage de recevabilité**

Origine de l’article : proposition de loi initiale.

Position de la commission : maintien de la suppression.

L’article de gage – destiné à assurer la recevabilité financière de la proposition de loi au regard des dispositions de l’article 40 de la Constitution – a été supprimé en séance publique à l’Assemblée nationale en première lecture par l’adoption d’un amendement du Gouvernement.



## COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Au cours de sa séance du mercredi 21 janvier 2021 à 9 heures 30, la commission des affaires sociales examine, en deuxième lecture, la proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats (n° 3063) (M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur).*

### I. DISCUSSION GÉNÉRALE

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Nous n'examinerons ce matin que la proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de points d'accueil pour soins immédiats, que le groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés a souhaité inscrire à son ordre du jour réservé du jeudi 28 janvier, en séance publique. Le groupe m'ayant fait connaître son intention d'en retirer la proposition de loi visant à augmenter le budget vacances des Français et soutenir l'économie touristique, il n'y a plus lieu, pour notre commission, de l'examiner.

**M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur.** Cette proposition de loi relative à la création de points d'accueil pour soins immédiats (PASI) a été adoptée en première lecture par notre assemblée, à l'unanimité et avec l'avis favorable du Gouvernement, le 28 novembre 2019. Enrichie par la commission des affaires sociales du Sénat avant d'être, malheureusement, rejetée en séance publique, elle revient pour examen en deuxième lecture devant notre commission, ce dont je me réjouis.

Cette proposition de loi répond à une demande pressante de nos concitoyens de pouvoir être soignés rapidement pour des blessures accidentelles, telles des plaies ou des entorses, sans avoir à attendre des heures aux urgences, alors qu'ils pourraient être traités en soins de proximité. S'appuyant sur des expérimentations menées sous différentes appellations sur le territoire national de façon concluante, elle ne crée aucun dispositif. Elle ne vise qu'à labelliser et à identifier ces PASI comme outils mis à la disposition de la médecine ambulatoire de ville pour répondre de manière coordonnée à la demande des patients. Elle n'impose rien, sinon que ces soins soient facturés aux tarifs remboursés par la sécurité sociale, sans reste à charge. Enfin, elle permet d'apporter une réponse, certes modeste, aux difficultés que connaissent aujourd'hui nos services d'urgences.

En vingt ans, les passages enregistrés dans les services d'urgence ont crû de 10 millions à plus de 21 millions en 2017. Ce phénomène met en évidence une demande de plus en plus importante de soins non programmés, pour diverses raisons : vieillissement de la population, manque de disponibilité de médecins

libéraux, exigence, de la part des patients, d'une réponse immédiate en termes de diagnostic et de prise en charge globale.

Il ressort des enquêtes menées ces dernières années par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques que près de 60 % des patients se rendent aux urgences, non en raison d'une urgence vitale ou d'un état grave, mais parce que les soins y sont plus accessibles et qu'ils peuvent y subir des examens complémentaires ou consulter immédiatement un spécialiste. C'est que la médecine de ville ne répond pas à leurs besoins. Les heures d'attente qu'ils passent aux urgences sont, malgré tout, autant de temps de gagné par rapport au circuit ambulatoire normal qui les oblige à prendre plusieurs rendez-vous successifs – généraliste, biologiste, radiologue ou autres spécialistes –, qui seront nécessairement étalés sur plusieurs semaines, avant d'avoir une réponse définitive à leurs affections, diagnostic posé et traitement défini. Sans compter la perte de temps de travail.

Cette proposition de loi entend apporter sa pierre à cette problématique, en s'inscrivant dans l'édifice plus large du pacte de refondation des urgences et de la construction du futur service d'accès aux soins, qui est en cours de déploiement sur nos territoires. Une pierre modeste, certes, mais toutefois essentielle pour nos concitoyens par son caractère opérationnel.

Elle s'inspire d'une initiative développée en région Auvergne-Rhône-Alpes, à travers la création de structures dans lesquelles les médecins généralistes reçoivent sans rendez-vous des patients dont l'état nécessite des soins immédiats sans urgence vitale, durant la journée. Y sont pratiqués des actes de premier recours, grâce à un plateau technique léger, ainsi que des examens complémentaires, biologiques ou radiologiques, permettant d'orienter vers un spécialiste ou un hôpital, si nécessaire.

Le texte prévoit que ces structures soient normalisées par un cahier des charges, et clairement identifiées, sous l'appellation de point d'accueil pour soins immédiats, par un label PASI associé, par exemple, à une croix orange, complémentaire des croix vertes des pharmacies et rouges des urgences. Les PASI pourraient ainsi mailler le territoire d'une offre de soins non programmés graduée.

Le cahier des charges, défini par un arrêté du ministre de la santé, prévoira l'obligation de disposer d'un plateau technique d'imagerie et de biologie médicale, ou d'y avoir un accès à proximité. Les PASI devront également faire partie du projet territorial de santé (PTS) ou être pris en compte dans le projet de santé d'une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En attendant qu'une CPTS soit constituée, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pourra labelliser un PASI existant, pour l'intégrer ensuite au projet de santé de la CPTS. Enfin, et c'est très important, les PASI devront mettre en œuvre le tiers payant et ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires. En cas d'orientation du patient vers une autre structure de soins ou vers un professionnel de santé extérieur au PASI, une information devra lui être fournie sur la pratique ou non, par l'offreur de soins, du dépassement de tarifs et du mécanisme du tiers payant.

Je tiens à souligner la qualité du travail réalisé en commission par le Sénat, sous l'impulsion de la rapporteure de ce texte, notre collègue sénatrice Élisabeth Doineau. Je vous proposerai, d'ailleurs, de reprendre deux amendements adoptés à son initiative. Ils permettront de mettre l'accent sur la nécessaire complémentarité des PASI avec l'offre de soins présente dans le territoire, afin d'éviter toute concurrence entre les acteurs de santé ; d'ouvrir aux PASI la possibilité d'être des lieux privilégiés de déploiement des protocoles de coopération ; de mieux les positionner au sein du parcours de santé par l'information du médecin traitant si celui-ci est extérieur à la structure.

Ainsi enrichie dans le cadre d'un dialogue nourri entre nos deux assemblées, je ne doute pas que cette proposition de loi recueillera, comme en première lecture, l'approbation à l'unanimité de notre commission, puis de notre assemblée.

**Mme Christine Cloarec-Le Nabour.** Nous retrouvons en deuxième lecture la proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de points d'accueil pour soins immédiats, qui nous avait occupés à l'automne 2019. Je tiens d'abord à remercier le rapporteur de son engagement sur ce sujet important pour nos territoires.

Il s'agit de créer un nouvel outil pour répondre à la demande de soins rapides ne relevant pas des services d'urgences. C'est une ambition que le groupe La République en Marche partage – nous avons d'ailleurs soutenu l'adoption de la proposition de loi en première lecture. Notre rapporteur général, Thomas Mesnier, a beaucoup travaillé sur le sujet. Les deux rapports importants qu'il a remis, l'un sur les soins programmés, l'autre sur la refondation des urgences, ont permis de faire avancer les choses. Avec la stratégie Ma santé 2022, les différents projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et le récent Ségur de la santé, notre majorité s'est engagée dans des réformes fortes pour faciliter l'accès de tous aux soins et à la prévention en matière de santé. Ces réformes prennent d'ailleurs une importance particulière dans le contexte de crise épidémique que nous traversons. Plus récemment encore, le Gouvernement a lancé le service d'accès aux soins, qui permet d'orienter les patients dans le système de santé et de répondre aux demandes de soins non programmés. L'expérimentation démarre dans vingt-deux régions pilotes, dès le début de cette année. Nous l'avons d'ailleurs sécurisée par voie législative dans la proposition de loi de notre collègue Stéphanie Rist.

Notre groupe sera favorable aux amendements issus de la majorité parlementaire tendant à mieux assurer la complémentarité des PASI avec l'offre de soins présente dans le territoire, et à préciser le lien indispensable qui doit exister avec le médecin traitant. Ils sécuriseront utilement le cadre d'exercice des PASI.

**M. Thibault Bazin.** On ne peut que saluer l'investissement de notre collègue Cyrille Isaac-Sibille, grand connaisseur des questions de santé, pour améliorer la signalétique des PASI – ce qui ne nécessite d'ailleurs pas de passer par la loi.

Ces PASI, dont cette proposition de loi promeut la labellisation, ont pour but légitime de désengorger les urgences en assurant une prise en charge intermédiaire, entre le cabinet médical et le service d'urgence. Le but est des plus louables, sachant que les services d'urgences font face à une augmentation très importante des passages depuis des années et qu'ils saturent. La Cour des comptes a estimé à 3,6 millions, en 2017, le nombre de passages non pertinents aux urgences pour des soins qui auraient pu être pris en charge par la médecine de ville. Il y a donc un réel problème, que les lois santé, qui s'empilent depuis plusieurs années, tentent chacune de résoudre par diverses initiatives – les CPTS, qui ont pour mission première l'amélioration de l'accès aux soins non programmés en ville ; le pacte de refondation des urgences, qui prévoit la création d'un service d'accès aux soins ; le PTS, qui décrit les modalités d'organisation et d'amélioration de la permanence et de la continuité des soins. On peut donc légitimement s'interroger sur la pertinence de légiférer sur ces PASI, qui pourraient apporter confusion et illisibilité à un système déjà trop compliqué pour nos concitoyens, d'autant que ces centres médicaux pour soins immédiats existent déjà dans certains territoires sous une autre appellation.

De plus, cette proposition de loi a été regrettablement rigidifiée lors de la première lecture. Je suis partisan de faire confiance aux acteurs locaux, de leur laisser la liberté de s'organiser, de ne pas tout encadrer par la loi au risque d'apporter encore plus de rigidité et de complexité, et de décourager les acteurs locaux de prendre des initiatives, que l'on attend pourtant d'eux. On ne peut ainsi que regretter que ces PASI soient dépendants des CPTS.

Notre groupe s'opposera à ce texte, car, après un an passé à lutter contre l'épidémie de la covid-19, le système a besoin d'air. Les soignants sont épuisés, ils ont envoyé un message clair : moins d'initiatives, moins de complexité, bref moins de feuilles dans le millefeuille.

**M. Philippe Vigier.** En écoutant Thibault Bazin, je me demandais : « mais que devons-nous faire ? » J'ai eu l'honneur de présider une commission d'enquête parlementaire sur l'accès aux soins. Il me semble, sachant que les passages aux urgences ont augmenté de 10 à 21 millions et que nos concitoyens souhaitent des plateaux techniques plus performants, qu'avec cette proposition de loi qui s'appuie sur des expérimentations fonctionnant plutôt bien, nous avons un début de réponse. Pourquoi ne pas légiférer s'il s'agit d'agir pour l'aval ? Quelque part, ce serait irresponsable de ne pas exploiter toutes les possibilités qui nous sont offertes de le faire. Cette proposition de loi en est une. Je remercie d'ailleurs le rapporteur pour sa pugnacité, car tout le monde veut mettre son grain de sel, selon que cela fonctionne ou pas dans son territoire. Son initiative va dans le bon sens : les bobos, les fractures ou les angines ne doivent pas passer par les urgences.

En outre, depuis quelques années, les CPTS montent en puissance. Sans CPTS, mon territoire n'aurait ni centre de vaccination ni les sept centres covid qui y ont été installés. Pour une fois, une initiative puissante part du terrain et remonte.

Je suis donc un peu surpris par les propos un peu décalés de notre collègue Bazin, d'habitude plutôt pragmatique – mais je ne lui veux pas, je l'aime beaucoup.

Enfin, pour ce qui est du cahier des charges et de la labellisation, faisons confiance aux acteurs locaux et aux CPTS. J'ai ouvert un centre de vaccination ; nous avons imposé notre modèle et l'ARS l'a validé, et pas l'inverse – on voit ce que ça donne actuellement.

Il s'agit d'une très belle proposition de loi, et je la voterai deux fois !

**Mme Gisèle Biémouret.** L'intention du rapporteur de mettre en place des points d'accueil pour soins immédiats est louable, car elle apporte une solution à l'engorgement de nos services d'urgences. Toutefois, outre que leur efficacité reste à démontrer, ces PASI labellisés par les ARS risquent de complexifier encore davantage un paysage de l'accès aux soins qui manque de lisibilité et de simplicité aux yeux de nos concitoyens.

Selon les territoires, l'offre existe déjà sous des formes multiples et variées, avec des maisons de santé pluriprofessionnelles, des maisons médicales de garde ou autres CPTS. Est-il utile d'ajouter une strate supplémentaire ? J'approuve ma collègue sénatrice Laurence Cohen, qui préconise d'établir un état des lieux de toutes ces structures et de leur efficacité avant de penser à en créer d'autres. La crise sanitaire qui bouscule notre système de soins nous montre que nous ne pouvons plus désormais nous cantonner à des réponses partielles. C'est toute l'architecture de la chaîne de soins qu'il nous faut revoir.

Vous avez d'ailleurs l'honnêteté, monsieur le rapporteur, de qualifier de modeste la capacité de ces points d'accueil de répondre à la surcharge des services d'urgences, dont la simplicité d'accès fait le succès dans les territoires marqués par la désertification médicale. Le problème fondamental reste le manque de médecins généralistes et la capacité des territoires à les attirer. Ce débat, nous l'avons eu récemment avec l'examen de la proposition de loi sur la simplification du système de santé et avec le PLFSS 2020, et la mise en place du forfait urgences.

Tout en saluant la bonne volonté du rapporteur, notre groupe est peu convaincu par la capacité des PASI à répondre aux besoins de nos territoires et à apporter une réelle plus-value, notamment pour la ruralité et les déserts médicaux. Nous nous abstiendrons.

**M. Paul Christophe.** Avec le label PASI, l'objectif est de rendre identifiables par les patients les structures où se faire prodiguer des soins non programmés, lorsque leur pronostic vital n'est pas engagé.

Près de 60 % des patients se rendent aux urgences, non pas en raison d'un état d'urgence vitale ou grave, mais parce que les soins y sont plus accessibles ou plus proches – un réflexe de contournement de la nature même de ce service, qui pèse considérablement sur le personnel des urgences. Il existe pourtant un numéro – le 116-117 – censé participer au désengorgement des urgences, mais il est encore très méconnu de nos concitoyens. En l'appelant, on peut joindre un médecin généraliste de garde aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Dans le département du Nord, du fait de la crise sanitaire, cette permanence a été étendue : désormais, un médecin généraliste est joignable vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ce numéro pourrait être une solution pérenne pour tenter de désengorger les urgences.

La crise agit comme un catalyseur des faiblesses de notre système de santé. En augmentant la visibilité des PASI, cette proposition de loi met un outil simple et modeste à la disposition des patients dans le cadre de la coopération renforcée entre professionnels de santé qu'organisent les projets territoriaux créés par la loi Ma santé 2022. Notre groupe Agir ensemble salue le travail constant du rapporteur sur ce sujet. Il votera en faveur de cette proposition de loi qui facilitera le parcours de soins du patient et les conditions de travail des professionnels.

**Mme Valérie Six.** L'encombrement des services d'urgences est une réalité connue de tous les Français. Les lits dans les couloirs, les longues heures d'attente, les personnels soignants épuisés sont les conséquences d'une fréquentation qui a plus que doublé ces vingt dernières années – 10 millions de passages par an en 1996, contre plus de 20 millions aujourd'hui. En 2017, la Cour des comptes a estimé dans un rapport que le nombre de passages inappropriés s'élevait à 3,6 millions par an.

La proposition de loi vise à créer des points d'accueil pour soins immédiats, labellisés par les ARS. Son but affiché est de désengorger les urgences hospitalières des prises en charge des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé. Nous pensons qu'en pratique, ces PASI peuvent répondre à la demande croissante de diagnostics et de soins rapides des patients, en redéfinissant clairement la limite entre une affection engageant le pronostic vital et les autres. Une telle structure est d'autant plus intéressante que, positionnée entre l'établissement de soins et la médecine ambulatoire, elle résulte d'initiatives locales formulées par les professionnels de santé et coordonnées par les CPTS créées en 2019 pour éviter les phénomènes de concurrence.

Ces structures labellisées compléteront l'offre des hôpitaux de proximité et de la médecine de ville classique, mais leur déploiement reste conditionné à la présence de professionnels de santé dans les territoires. Elles devraient pouvoir élargir une offre souvent médico-centrée, en faisant de la place à d'autres professions – infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens... Notre groupe soutiendra cette proposition de loi, qui crée un outil concret d'accès aux soins, même s'il ne répondra pas, à lui seul, aux maux dont souffre notre système de santé.

**M. Adrien Quatennens.** Cette proposition de loi est une rustine posée sur le problème bien trop vaste de l'austérité dans laquelle sont plongés les services d'urgences, notre système de santé dans sa globalité et l'ensemble des services publics en général. Elle échoue à régler le problème essentiel des déserts médicaux, puisque les PASI seront adossés à des structures existantes ; les endroits qui en sont dépourvus ne seront donc pas mieux lotis. En outre, elle crée une sorte de troisième classe du service public de la santé, qui correspond à un mouvement général de déclassement du service public.

Ce texte contourne le problème qu'il entend régler, puisque les médecins seront conventionnés et donc pris en charge par l'assurance maladie. Dès lors, pourquoi ne pas les affilier directement à des services d'urgences ? Pourquoi ne pas encourager le recrutement direct de médecins fonctionnaires ou éventuellement salariés de droit privé dans des maisons de santé ?

Le problème, c'est la fermeture des lits à l'hôpital – 100 000 en vingt ans dont 7 400 en deux ans, depuis l'arrivée d'Emmanuel Macron au pouvoir –, que nous payons très cher. C'est aussi le forfait de 18 euros à régler aux services d'urgences, alors que 45 % des Français ont déjà renoncé à des soins pour des raisons financières. Personne ne se rend aux urgences par plaisir, sachant que l'attente va être longue. On y va quand c'est nécessaire, mais surtout parce qu'il n'y a pas assez de médecins : 20 % des Français disent allés aux urgences au cours des deux dernières années, faute d'avoir pu accéder à un médecin de ville ; 3,8 millions vivent dans un désert médical, où l'on doit attendre en moyenne six jours pour avoir un rendez-vous chez un généraliste, vingt-deux jours pour un pédiatre, vingt-huit jours pour un dentiste et quatre-vingts jours pour un ophtalmologiste.

Nous avons d'autres propositions à formuler, telles que la création d'un corps de médecins généralistes fonctionnaires afin de pallier l'insuffisance de médecins dans certaines zones. Ils seraient rémunérés durant leurs études, en contrepartie de quoi ils s'installeraient dans une zone sous-dense pendant une certaine durée. Nous pensons, d'ailleurs, que cela correspond davantage à l'aspiration de certains jeunes médecins que l'exercice libéral individuel, qui n'apparaît plus adapté.

**Mme Jeanine Dubié.** Je félicite le rapporteur pour son travail ; l'évolution de cette proposition de loi traduit tout l'intérêt du travail parlementaire dans les deux chambres.

Dans l'exposé des motifs de la proposition de loi initiale, on pouvait lire : « *La médecine de ville, dans son organisation actuelle et avec les évolutions des modes d'exercices libéraux, ne peut être en mesure de répondre à une telle demande, car elle ne dispose pas, en un même lieu de plateaux techniques minimum – radiologie, biologie, matériels de sutures, plâtres, stérilisation... – nécessaires pour répondre à ce besoin de soins immédiats. [...]* Cette proposition de loi vise à adapter notre système

*de santé à la demande des patients en identifiant des Points d'accueil pour soins immédiats (PASI), au sein des établissements publics et privés de santé [...] ».*

Vous constatiez une défaillance en milieu libéral, que vous proposiez de pallier par l'ouverture de PASI près des urgences hospitalières. C'était une erreur, que vous avez eu raison de corriger, car aujourd'hui, les CPTS sont en train de se structurer sur les territoires et permettent aux libéraux d'assurer des soins non programmés, tels que la pose de plâtres ou de points de suture, assurée par les dispensaires dans l'ancien monde – comme quoi, tout n'était pas si mal...

Le groupe Libertés et Territoires soutiendra cette proposition de loi telle qu'elle a évolué, car nous avons besoin d'une médecine libérale coordonnée sur les territoires, en lien avec le monde hospitalier.

**M. Pierre Dharréville.** Je salue également le travail du rapporteur dans la durée, sur un projet qui lui tient à cœur, mais qui ne suscite pas pour autant un grand enthousiasme de ma part.

La question soulevée est certes importante, puisqu'elle concerne les capacités d'accueil des personnes nécessitant des soins dans nos services médicaux, notamment d'urgences hospitalières, mais je pense que nous avons un problème s'agissant du diagnostic. Je me réfère ainsi, à mon tour, à la remarque de notre collègue sénatrice Laurence Cohen, sur la nécessité d'analyser ce qui existe déjà sur le terrain. Sans doute l'avez-vous fait dans votre région, monsieur le rapporteur, mais grande est la diversité de nos territoires. Je peux aussi citer une étude de 2019 indiquant que 6 % seulement des passages aux urgences n'étaient pas justifiés. Quoi qu'il en soit, cela correspond toujours à une difficulté d'organisation des soins, résultat de l'austérité budgétaire et du choix qui a été fait de ne pas investir dans la formation des professionnels de santé, notamment des médecins, le tout débouchant sur des déserts médicaux et des difficultés d'accès aux soins et de permanence des soins.

Des questions se posent sur le financement des dispositifs proposés. On se demande aussi pourquoi on n'y attribue pas plutôt un rôle aux centres de santé, où pourraient se développer d'autres modes d'exercice de la médecine. Je pense que les PASI pourraient agir comme un filtre discutable et semer la confusion ; je n'y vois donc pas la solution miracle qui nous est présentée – avec modestie de votre part, je le reconnais. Nous sommes donc réservés sur les effets de cette proposition de loi.

**M. Marc Delatte.** « Il est 20 heures. J'ai deux heures de trajet pour rentrer chez moi après ma journée de travail, et, pas de chance, j'ai un lumbago. À cette heure, aucun cabinet de ville ne me recevra ; je me rends aux urgences, ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, car, je dois retourner travailler demain. Je n'ai pas les moyens de perdre une journée. » Voilà comment on passe de 7 millions de passages en 1990 à plus de 20 millions depuis 2015 dans les services d'urgences. Or près de 20 % de ces passages annuels pourraient être évités.

On ne peut, bien sûr, pas blâmer les patients. Et on doit rendre hommage aux généralistes qui s'organisent pour assurer une permanence des soins, malgré une grande hétérogénéité de répartition. Au passage, on se demande vraiment ce qui a été fait depuis des décennies pour renforcer l'attractivité du métier de généraliste. Ceux-ci ont souvent l'impression qu'on a réalisé des travaux dans la maison sans se préoccuper des fondations. C'est pourquoi nous applaudissons la refondation de notre système de santé commencée il y a trois ans, associée au pacte de refondation des urgences inspiré des conclusions du rapport du P<sup>r</sup> Carli et de notre collègue Thomas Mesnier.

À terme, les PASI pourraient apparaître redondants aux professionnels de santé. Trouveront-ils leur place dans les objectifs tels qu'ils ont été définis par cette stratégie de transformation du système de santé ? Comment comptez-vous les intégrer compte tenu de l'augmentation des contractualisations entre les CPTS et les 135 groupements hospitaliers de territoire répartis sur le territoire pour une interface ville-hôpital plus pertinente ?

**M. Bernard Perrut.** Cette initiative visant à créer des points d'accueil pour soins immédiats fait écho à des enjeux que nous connaissons tous : l'accès aux soins pour nos concitoyens résidant dans des zones où la démographie médicale est fragile ; le désengorgement des services d'urgences, dont la fréquentation connaît une croissance continue – un doublement en vingt ans. La gestion de l'amont des urgences doit donc être au cœur de nos priorités.

Les PASI que vous décrivez dans cette proposition de loi sont inspirés d'expériences de terrain. L'objectif est de donner de la visibilité à des structures existantes pour aider le patient à se repérer dans un système de soins souvent perçu comme complexe. En Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS soutient des centres de soins non programmés, issus de la transformation des services d'urgences. Là où les ARS ne le font pas, la proposition de loi offre une reconnaissance à ces structures en stabilisant leur financement.

Reste que, plutôt qu'un outil supplémentaire, aussi intéressant soit-il, ne vaudrait-il pas mieux améliorer l'existant ? Les situations sont différentes d'un territoire à l'autre : les uns se sont dotés de maisons de santé pluriprofessionnelles – des PASI en quelque sorte –, les autres travaillent à la mise en place de CPTS. Pour redonner de l'air au système, sans doute faudrait-il moins d'administratif, moins de complexité et plus de lisibilité. Pourquoi ajouter un énième mode d'organisation, un nouvel acronyme qui pourrait apporter encore plus de complexité ? Ce qui est sûr, en tout cas, c'est que nous avons besoin d'une politique claire et forte s'agissant de l'amont des urgences.

Monsieur le rapporteur, disposez-vous d'une étude d'impact sur l'aspect financier de ce nouveau dispositif ? Comment les PASI s'articuleront-ils avec l'hôpital et les professionnels ? Je ne rejette pas votre proposition, mais j'attends des réponses.

**M. Thomas Mesnier, rapporteur général.** On peut répéter dix fois, cent fois des mensonges, cela n'en fera pas des vérités. Il n'est absolument pas question du « déclassement », de « l'austérité » dont parle M. Quatennens. Un investissement de 8 milliards d'euros par an pour les salaires, de 6 milliards pour l'hôpital public et de 13 milliards pour reprendre la dette de nos hôpitaux, je n'appelle pas cela de l'austérité.

Les fermetures de lits font suite aux modifications des pratiques. Il y a dix ans, un patient opéré de l'appendicite restait une semaine à l'hôpital ; aujourd'hui, il reste bien moins longtemps. On a donc besoin de moins de lits.

Contrairement au mensonge qui court depuis l'examen du PLFSS 2021, il n'est pas question non plus de rendre le passage aux urgences payant. Il existe déjà un reste à charge, qui est pris en charge par les mutuelles ; il en sera toujours ainsi demain. Avec même, pour certains, un bénéfice.

Quant à la proposition – qui suggère les prémices de la campagne présidentielle – de salarier des médecins et de financer leurs études en contrepartie de l'engagement de s'installer dans des zones rurales, la belle affaire ! Cela existe déjà : les centres de santé salarient des médecins partout sur le territoire, et de plus en plus sous l'impulsion des élus locaux ; le contrat d'engagement de service public, par lequel les étudiants se font financer leurs études dès la troisième année de médecine ou d'odontologie contre l'engagement de s'installer dans des zones désertifiées, a été élargi avec la loi santé, votée en 2019.

Soyons sérieux, arrêtons de répéter des mensonges ! Nous faisons confiance aux professionnels de terrain ; ces mesures sont en train de porter leurs fruits. La suppression du *numerus clausus*, que nous avons décidée, permettra d'améliorer l'accès aux soins dans les prochaines années. Continuons en ce sens !

**M. Adrien Quatennens.** Mon collègue Thomas Mesnier devrait, au regard de la gestion de la crise sanitaire et de tout ce qui se passe dans notre pays, baisser d'un ton s'agissant des mensonges prétendument proférés. En la matière, on pourrait compter les points, et je ne suis pas sûr que vous en sortiriez gagnants.

Il n'y aurait ni austérité, ni contraction budgétaire à l'hôpital. Vous n'ignorez pas que, en dehors des mesures exceptionnelles liées à la crise de la covid-19 adoptées dans la loi de financement de la sécurité sociale, vous poursuivez la trajectoire d'économies demandée à l'hôpital public. D'ailleurs, les fermetures de lits se poursuivent même au cœur de la deuxième vague de la covid.

Le dispositif de médecins fonctionnaires existerait déjà. Celui que nous proposons est bien plus intéressant financièrement que l'actuel contrat d'engagement de service public, qui permet à un étudiant de bénéficier d'une bourse mensuelle de 1 200 euros pendant ses études, en contrepartie de son engagement à exercer dans une zone sous dotée. Nous, nous proposons une rémunération de 1 700 euros par mois pendant toute la durée des études et, en contrepartie, un engagement à exercer pendant dix ans dans une zone sous-dense. J'insiste sur le fait

que l'exercice libéral individuel ne correspond plus aux aspirations des jeunes praticiens.

Vous voyez bien que notre système de santé, alors qu'il était admiré à travers le monde, subit depuis des dizaines d'années une politique de libéralisation et de privatisation qui nous a conduits à la situation actuelle. Alors adoptez un ton plus discret, les résultats ne plaident pas en votre faveur !

**M. le rapporteur.** Cette proposition de loi s'inscrit dans le volet accès aux soins de Ma santé 2022. Plutôt que d'essayer de modifier notre système de santé en se plaçant du point de vue des structures existantes, elle part d'une demande de nos concitoyens dans l'intention d'y répondre. Ils souhaitent pouvoir accéder rapidement à des soins, après un accident de la vie quotidienne qui n'engage pas le pronostic vital ; adaptons notre système à cette demande.

Il ne s'agit pas d'ajouter une nouvelle feuille au millefeuille. Il s'agit de proposer un outil. C'est précisément l'intérêt de cette proposition de loi : on ne crée rien, on n'impose rien non plus. On donne à la médecine de ville un outil pour répondre à une demande des patients. On n'empile rien, on ne rigidifie pas ; avec ce label bien identifié, on offre une possibilité et de la souplesse.

Dans la mesure où les CPTS organisent la médecine de ville, elles peuvent se saisir de l'outil PASI pour organiser des soins immédiats, que l'on reproche souvent aux médecins libéraux de ne plus pratiquer. Il y a quarante ans, le médecin généraliste disposait d'un stérilisateur et du matériel nécessaire pour recoudre une petite blessure ou bander une entorse. Aujourd'hui, ces actes sont devenus très compliqués, en raison de la traçabilité exigée pour tout le processus de stérilisation. Le généraliste ne peut plus équiper son cabinet avec le matériel requis. Il faut lui permettre d'en disposer et d'avoir accès à des équipements de radiologie et de biologie, pour apporter la réponse rapide qu'attendent nos concitoyens.

Cette proposition de loi vient du terrain ; elle est nourrie d'expériences qui ont fait leurs preuves. Et puisque ça marche, nos concitoyens adhèrent parfaitement. Elle ne résout pas le manque de médecins généralistes ; elle met un plateau technique à leur disposition pour les aider à mieux rendre service à la population.

Effectivement, le numéro 116-117 permet de joindre un médecin généraliste de garde. Le PASI est un outil qui entre dans le cadre plus large de l'accès aux soins.

Entre la croix verte de la pharmacie, où vous pouvez acheter du paracétamol pour votre mal de tête, et la croix rouge des urgences, pour l'instant il n'y a rien. Il y a bien des centres de santé, des maisons médicales, mais les PASI doivent pouvoir être identifiés comme des structures possédant un petit plateau technique pour rendre des diagnostics rapides – ce serait une croix orange.

Pour rédiger cette proposition de loi, j'ai discuté avec les fédérations hospitalières. Elles considèrent que la vocation des urgences est de recevoir

uniquement les patients dont le pronostic vital est engagé, et de les diriger vers l'hospitalisation en cas de besoin. Elles ne demandent pas à dispenser des soins tels que la pose de points de suture, qui leur compliquent plutôt la tâche. Déplacer ceux-ci en d'autres lieux ne participerait pas du « déclassement du service public ». Au contraire, cela rendrait aux urgences leur vocation première de traiter les urgences vitales.

Le texte a été enrichi, notamment s'agissant de l'exercice coordonné, et j'en suis ravi. D'ailleurs, nous devons être enthousiastes ; s'il y a un problème, il y a un chemin, et les PASI me semblent une voie intéressante dans la gradation des soins.

On oppose souvent l'hôpital public et la médecine ambulatoire pour des raisons de statut, mais la médecine ambulatoire peut être pratiquée par des médecins libéraux ou des médecins salariés dans un centre de santé. En France, la médecine ambulatoire est celle du premier recours, qui est assurée par les médecins généralistes. Les PASI étant un outil de premier recours, c'est bien à eux qu'ils s'adressent.

Enfin, les PASI sont généralement financés par des enveloppes assez faibles des fonds d'intervention régionaux, qui permettent de rémunérer une permanence ou l'achat de fournitures. En tout cas, le coût financier est beaucoup moins lourd qu'un service d'urgences.

## II. EXAMEN DES ARTICLES

*La commission en vient à l'examen des articles.*

**Article 1<sup>er</sup>** : *Création de points d'accueil pour soins immédiats*

*La commission examine l'amendement de suppression AS3 de M. Bazin.*

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le rapporteur, ce texte part d'une intention louable et ce type d'organisation est intéressant. Simplement, vous ajoutez un acronyme dans la jungle, qui plus est par la voie législative, ce qui alourdit le dispositif.

Vous avez, dans votre région, des PASI. Dans mon département, les patients se rendent au CMSI – centre médical de soins immédiats. Il est identifié, donne satisfaction et répond déjà aux objectifs de votre proposition de loi. Il n'est donc pas nécessaire de légiférer ni de mettre cette structure sous la coupe d'une CPTS ; le PTS suffit. D'autant que certaines CPTS peuvent être hostiles à ces PASI ou CMSI. Il faut donc garder de la souplesse, ce qui nécessite de revoir la rédaction globale de la proposition de loi.

Celle-ci va-t-elle changer concrètement l'organisation de notre système de santé ? Non. Vous l'avez indiqué, ces centres de soins immédiats existent déjà – ils sont d'ailleurs très intéressants. Cette labellisation ne cache-t-elle pas une

complexification, une rigidification de leur fonctionnement ? Certains alinéas font craindre ce risque.

Est-il vraiment utile de légiférer pour instaurer la signalétique de la croix orange à laquelle vous tenez tant ? Assurément non. Un règlement suffirait, et nous pouvons nous joindre à vous dans votre combat avec le ministère pour avancer sur cette question.

Il ne me semble donc pas opportun de légiférer pour créer un acronyme qui risque d'apporter de la confusion dans les territoires où des structures fonctionnent déjà bien sous un autre nom que PASI.

Tel est le sens de cet amendement : pouvoir conserver souplesse et adaptation au territoire, tout en partageant le même objectif de désengorgement des urgences.

**M. le rapporteur.** Nous sommes à peu près d'accord sur tout !

Le terme PASI n'existe pas en région Auvergne-Rhône-Alpes, mais chaque territoire possède une structure de ce type sous un nom différent – chez vous ce sont les CMSI. L'intérêt de cette proposition de loi est de donner un nom identique à ces structures, afin qu'elles soient visibles sur tout le territoire. Tout le monde connaît la signification de la croix verte des pharmacies et de la croix rouge des urgences. Quant à la labellisation, elle a simplement vocation à établir un cahier des charges simple pour les plateaux techniques.

Je ne comprends pas bien cet amendement de suppression. Avis défavorable.

**M. Didier Martin.** Il est difficile de dire tout le bien qu'on pense de la création de ces PASI quand on appartient à l'opposition ! Avec ses CMSI, M. Bazin fait du PASI sans le savoir, et il a du mal à le reconnaître.

Au centre hospitalier universitaire de Dijon, depuis quelques années, un point d'accueil médical a été installé à côté des urgences. Les médecins libéraux s'y relaient pour assurer une présence médicale jusqu'à minuit, à la satisfaction du public et des professionnels de santé.

Dans les zones sous-médicalisées, les PASI apporteront aux praticiens la sécurité d'un plateau technique minimum pour s'assurer de l'état de santé du patient et l'orienter convenablement. C'est un progrès considérable par rapport à la situation du médecin généraliste qui ne dispose pas, dans son cabinet, de la radiologie qui permet d'identifier une luxation ou une fracture, ou des moyens de prélèvement pour connaître rapidement l'état de la glycémie et des principaux paramètres biologiques. Ils apporteront également de la proximité.

La charge administrative, elle, sera considérablement allégée mais néanmoins assurée. Le financement par les fonds publics permettra d'assurer à la fois le non-dépassement d'honoraires et la mise en œuvre du tiers payant.

Je félicite donc le rapporteur et suis tout à fait opposé à cet amendement.

**M. Thibault Bazin.** Aux propos de M. Martin, je préfère la tempérance du rapporteur, qui a compris que je partageais un certain nombre de ses objectifs.

Faut-il améliorer la signalétique ? Oui. Devons-nous pour cela légiférer ? Je ne le pense pas. C'est déjà un débat important.

Le texte initial a été modifié, ce qui a eu pour conséquence de rattacher ces PASI à l'existant, et notamment aux CPTS. C'est l'alinéa 13 qui pose question, avec les CPTS. Dans mon département, les CMSI fonctionnent bien et ne veulent pas être mis sous la coupe des CPTS, car cela pourrait mal se passer à certains endroits. C'est la réécriture du texte initial qui me semble porteuse de risques et qui m'inquiète.

En outre, la proposition de loi ne va pas forcément susciter la création de nouveaux points d'accueil, puisque tout dépend de l'organisation des territoires. On pourrait croire qu'elle va permettre d'améliorer la prise en charge des soins immédiats, alors qu'elle concerne surtout la labellisation des structures.

Je sais qu'il serait compliqué de retravailler la rédaction, car nous sommes dans une procédure simplifiée. Je présenterai d'autres amendements pour introduire plus de souplesse. Je le répète, je partage l'objectif de cette proposition de loi mais il pourrait être atteint par la voie réglementaire.

**M. le rapporteur.** Je suis, pour ma part, très content qu'il s'agisse d'une initiative parlementaire. Et je m'étonne que vous préféreriez un règlement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS7 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** Il s'agit de reprendre un amendement présenté par la rapporteure au Sénat, tendant à mettre l'accent sur la nécessaire complémentarité des PASI avec l'offre de soins de chaque territoire, étant entendu que les PASI pourront également s'appuyer sur des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

**M. le rapporteur général.** Cet amendement va dans le bon sens pour assurer la complémentarité des PASI avec l'offre de soins du territoire, et donc avec les professionnels de la médecine ambulatoire. Nous en avons déjà débattu lors de l'examen de la proposition de loi dite « Ségur », pour mettre en œuvre plus rapidement les protocoles de coopération. Là encore, c'est une façon de dégager du temps médical et d'améliorer la prise en charge, tout en s'appuyant sur les professionnels de santé. Voilà un très bon amendement.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS5 du rapporteur.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS4 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de s'assurer que les centres fonctionnent bien avec des médecins généralistes exerçant déjà sur le territoire. L'idée est de ne pas détériorer l'organisation des soins sur un territoire et d'éviter le détournement des PASI vers des structures pouvant évoquer des simili-services d'urgences.

**M. le rapporteur.** Effectivement, ces centres devront fonctionner avec des médecins généralistes et des personnels paramédicaux, mais pas avec des urgentistes. Le PASI est bien un outil mis à la disposition de la médecine ambulatoire.

Avis favorable.

**M. Thibault Bazin.** J'ai en mémoire le rapport de notre collègue Mesnier, qui avait été assez critique sur ce que j'appellerai les « PASI en avance », qui visaient à désengorger les urgences. Je m'inquiète d'entendre parler de simili-services d'urgences, car les personnes qui se rendront dans un PASI auront un peu l'impression d'aller aux urgences.

Je ne comprends pas en quoi cette précision limiterait certains PASI actuels. Pour être labellisé, un PASI devra tout de même être équipé d'un plateau technique et d'un laboratoire biologique, dont l'organisation se rapproche un peu de celle d'un service d'urgences.

Ne serait-ce pas là une forme d'hospitalocentrisme qui pourrait inquiéter des territoires disposant de structures très complémentaires ? En cette période de covid, par exemple, les CMSI de mon département fonctionnent très bien en coordination avec les services d'urgences.

**M. le rapporteur.** Je sens que vous allez voter cette proposition de loi !

C'est bien pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté que j'ai choisi d'employer les termes « soins immédiats » et non « services d'urgences ». Quand il y a urgence, le pronostic vital ou fonctionnel de la personne est engagé. En outre, ces PASI fonctionnent, non pas avec des urgentistes, mais avec la médecine de ville.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS6 du rapporteur.*

**M. le rapporteur.** C'est la reprise du second amendement de la sénatrice Doineau, selon lequel le cahier des charges des PASI devra également préciser les modalités d'information du médecin traitant si celui-ci est extérieur à la structure.

**M. Thibault Bazin.** Je suis parfois un peu lent : quel territoire était visé dans l'amendement précédent ? Les territoires des CPTS ou des PTS sont parfois situés à la limite administrative d'une métropole, de sorte qu'à 3 kilomètres d'un CMSI, se trouvent des médecins qui sont hors CPTS et PTS, mais qui pourtant exercent bien en établissement de santé ou dans le secteur ambulatoire. D'où mon inquiétude quant à une rigidification et une complexification du dispositif. En matière de santé, on a parfois besoin de s'affranchir de limites administratives.

**Mme Jeanine Dubié.** La non-application du tiers payant dans les maisons médicales incite nos concitoyens à se rendre aux urgences. Je souligne donc l'intérêt de la proposition de loi, qui prévoit la mise en œuvre du tiers payant dans les PASI et surtout interdit le dépassement d'honoraires. Ces points plaident en faveur de cette proposition de loi, car ils permettront aux personnes en situation de précarité de s'y rendre.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis la commission est saisie de l'amendement AS2 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous demandons que, dans un délai de six mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport relatif au financement des points d'accueil pour soins immédiats, des groupements hospitaliers de territoire et des établissements publics de santé. Il pourra ainsi s'assurer de la viabilité et de la complémentarité des compétences des différents pôles de soins, et tirer les conclusions de l'austérité qui frappe le service public de la santé depuis des années. Il pourra aussi évaluer l'offre de soins apportée aux personnes et dresser une comparaison sur l'égalité entre les territoires des différentes possibilités de soins.

Nous demandons, en résumé, que l'offre de soins présente sous différentes formes sur le territoire national puisse être évaluée afin que, partout, les citoyens soient véritablement égaux devant le service public de la santé.

**M. le rapporteur.** Le cadre de ce rapport dépasse le champ de la proposition. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 1<sup>er</sup> modifié.*

**Article 2 : Gage de recevabilité**

*La commission **confirme la suppression** de l'article 2.*

*Enfin, la commission **adopte** l'ensemble de la proposition de loi, modifiée.*

**M. le rapporteur.** Je remercie les commissaires pour leur participation et les échanges positifs que nous avons eus sur cette proposition de loi qui, je l'espère, répondra à la demande de nos concitoyens.

\*

\* \*

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

Texte adopté par la commission :

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3779\\_texte-adopte-commission#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3779_texte-adopte-commission#)



**ANNEXE :**  
**DISPOSITIONS EN VIGUEUR MODIFIÉES OU ABROGÉES PAR LA**  
**PROPOSITION DE LOI**

<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<b>Numéro d'article</b>
1 <sup>er</sup>	Code de la santé publique	L. 6314-4
1 <sup>er</sup>	Code de la santé publique	L. 6314-5