

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

– Examen de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n° 3470) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure)..... 2

Mercredi

25 novembre 2020

Séance de 10 heures

Compte rendu n° 23

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

**Présidence de
Mme Fadila Khattabi,
Présidente**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 25 novembre 2020

La séance est ouverte à dix heures.

La commission examine la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n° 3470) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure).

Mme la présidente Fadila Khattabi. Mes chers collègues, après une courte nuit, nous examinons la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Elle sera examinée en séance publique à partir de lundi prochain, à l'issue de la probable lecture définitive du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021.

Après la discussion générale, nous examinerons 246 amendements. Plusieurs règles s'appliquent à l'examen des amendements ; je rappellerai notamment celles prévues par les articles 40 et 45 de la Constitution, que le Conseil constitutionnel nous invite à respecter strictement.

Au titre de l'article 45, l'appréciation du caractère cavalier des amendements se fonde sur le contenu du projet ou de la proposition de loi, et non sur son seul titre. Pour que les amendements soient recevables, il ne suffit donc pas qu'ils concourent à l'amélioration de notre système de santé, même si la pertinence de nombre d'entre eux est indiscutable sur le fond. Il ne s'agit pas d'examiner une proposition de loi d'organisation de la santé, mais un texte visant à mettre en œuvre quelques-uns des aspects du Ségur de la santé.

Le moment venu, la présidence de l'Assemblée nationale sera amenée à se prononcer dans les mêmes conditions sur les amendements déposés en séance publique.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis ravie que nous puissions examiner cette proposition de loi, dont l'objectif est d'améliorer notre système de santé et de poursuivre ce que « Ma Santé 2022 » avait engagé à travers la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : davantage de confiance aux acteurs et de simplification de leurs tâches quotidiennes.

À l'origine de ce texte, il y avait la nécessité de simplifier le déclenchement des protocoles permettant à des acteurs de santé de coopérer en déléguant des tâches, afin de mieux prendre en charge les patients et ainsi améliorer l'offre de soins. C'est l'objet de l'article qui sera proposé après l'article 1^{er}. La proposition de loi a ensuite été complétée par des mesures de simplification permettant de recruter plus facilement des praticiens hospitaliers dans les établissements publics et dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ces mesures font l'objet des articles 3 et 4.

Après avoir beaucoup travaillé sur les GHT, d'abord en tant que médecin responsable du projet médical partagé, au cœur du dispositif de construction du projet, puis comme députée, en écoutant les acteurs des GHT en France lors du travail de concertation que

j'ai mené comme co-rapporteuse en amont des débats sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, il m'a semblé indispensable de faire progresser ces GHT vers plus d'intégration. C'est l'objet de l'article 7.

Il ne s'agit pas de proposer leur fusion, trop prématurée et trop systémique – certains ne manqueront pas de le rappeler. Il s'agit seulement de franchir une étape vers des GHT plus efficaces, avec une offre de soins graduée par filière médicale et des professionnels mieux répartis sur le territoire. Les expériences ont montré que les directions communes sont un levier efficace pour progresser dans cette direction. Des rapports récents de la Cour des comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) l'ont confirmé.

Dans sa version initiale, l'article 7 propose une direction commune systématique dès qu'un poste de directeur d'un établissement appartenant au GHT devenait vacant. Devant les inquiétudes exprimées sur le caractère automatique de cette mesure, je vous proposerai une réécriture de l'article 7 : en cas de vacance, un intérim serait assuré par l'établissement support, relayé par une direction commune si ce projet recueille un avis favorable des élus du territoire. Je ne doute pas que cette solution de compromis permettra aux élus que nous sommes d'avancer, afin de créer une meilleure offre de soins dans nos territoires, coordonnée avec l'établissement support.

Autre mesure de confiance et de simplification, inscrite à l'article 2, les femmes enceintes pourront bénéficier d'un arrêt maladie prescrit par les sages-femmes, sans limitation de durée. Dans le même ordre d'idée, à l'article 14, je propose la création d'une plateforme numérique d'information et de services pour les personnes en situation de handicap.

À l'origine encore, cette proposition de loi comportait des mesures d'amélioration de l'offre de soins, de simplification et de confiance envers les acteurs. Puis la crise sanitaire est intervenue, d'une ampleur considérable. Depuis le printemps dernier, elle bouleverse la vie de la nation et de chacun de nos concitoyens. Cette crise a braqué le projecteur sur notre système de santé, soulignant l'urgence de porter attention à nos médecins et soignants. C'était l'objet du Ségur de la santé.

Les conclusions du « Ségur », présentées en juillet 2020 par le ministre Olivier Véran, donnent des orientations fortes pour poursuivre la modernisation du système de santé en France, améliorer le quotidien des soignants et la prise en charge des patients. Les accords signés par les partenaires sociaux prévoient des revalorisations salariales attendues par les personnels, qui ont été confirmées dans le PLFSS que nous avons adopté hier en nouvelle lecture.

Le Ségur de la santé a aussi ouvert de nombreuses autres pistes qui ne relèvent pas du domaine budgétaire, mais ont des effets tout aussi importants pour nos professionnels de santé. Elles ne doivent pas rester lettre morte. La proposition de loi s'est révélée un vecteur législatif approprié pour cela : sa vocation cadrerait parfaitement avec les conclusions du « Ségur » insistant sur la nécessité d'apporter de la souplesse, de simplifier l'organisation et la gouvernance des établissements, de faire davantage confiance aux acteurs.

La proposition de loi ne reprend pas pour autant toutes les mesures annoncées lors du Ségur de la santé. Plusieurs d'entre elles ne relèvent pas du domaine de la loi et seront mises en œuvre par voie réglementaire – le ministre en a pris l'engagement auprès des signataires des accords.

La création d'une profession médicale intermédiaire, correspondant à la mesure 7 du « Ségur », est la première mesure que j'ai voulu reprendre. En France, l'exercice légal de la médecine conduit à un cloisonnement important des professionnels de santé : le médecin est diplômé à bac + 10 et l'infirmière, à bac + 3, quand certaines professions paramédicales le sont à bac + 4 ou + 5. Le fossé reste important entre les médecins et les auxiliaires médicaux, alors que de nombreux pays voisins ont considérablement avancé sur l'évolutivité des métiers des auxiliaires médicaux, pour mieux répondre aux défis médicaux de notre temps.

À l'issue du « Ségur », l'engagement avait été pris que les ordres des médecins et des infirmiers travailleraient ensemble à la définition des professions médicales intermédiaires, dans le cadre d'une mission confiée par le ministre. Le principe de ces professions ainsi défini devait ensuite être inscrit dans la loi par la proposition de loi. Mais l'Ordre des médecins a conditionné sa participation aux concertations au retrait de l'article 1^{er} du texte initial. J'ai pris acte de cette situation de blocage, mais devant l'importance du sujet, sur lequel nous devons avancer sans attendre, je vous proposerai une reformulation de cet article.

Un amendement de rédaction globale de l'article 1^{er} propose donc que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur l'état de mise en œuvre des protocoles de coopération et des pratiques avancées pour l'ensemble des auxiliaires médicaux. Il est indispensable que nous progressions sur la redéfinition des corps de métiers de chacun des professionnels de santé, afin de faire entrer notre pays dans le XXI^e siècle. L'évolution des métiers des auxiliaires médicaux participe non seulement à la reconnaissance que nous devons à ceux-ci, mais aussi à l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de prise en charge de nos compatriotes.

Les autres mesures du « Ségur » très attendues des professionnels des établissements publics concernent l'assouplissement de la gouvernance de ces établissements. C'est l'objet du chapitre IV de la proposition de loi. Là encore, il s'agit de redonner confiance aux acteurs, avec une gouvernance plus proche des soins, une gouvernance de proximité.

Les mesures que je propose sont issues des concertations conduites par le professeur Claris, dans le cadre de son rapport sur la gouvernance de l'hôpital, dont les conclusions ont été versées au « Ségur ». L'article 5 inscrit dans la loi le rôle essentiel du service comme unité de base, indispensable à l'organisation des établissements ; il restaure la fonction de chef de service, nommé par codécision administrative et médicale. Les articles 6 et 8 donnent encore plus de souplesse aux établissements dans leur organisation interne, en leur permettant de déroger au droit commun. Je présenterai des amendements visant à préciser la portée de ces articles, dans la foulée des auditions que j'ai pu conduire.

L'article 11 correspond à une attente majeure des hospitaliers : il propose d'ajouter au projet d'établissement un volet managérial, essentiel à la reconnaissance et à la motivation des équipes, afin d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels et de réduire les risques psychosociaux.

Comme il est souhaitable d'ouvrir l'hôpital sur la cité, il est proposé de faire entrer les usagers, étudiants et soignants dans les instances de gouvernance. L'article 9 permet aux établissements qui le souhaitent d'intégrer des personnalités qualifiées au sein de leur directoire.

Une autre mesure importante du « Ségur » est la lutte contre le mercenariat et les excès de l'intérim médical constatés dans nos territoires, en particulier les plus en difficulté.

L'article 10 prescrit aux comptables publics de bloquer les rémunérations des contrats d'intérim dépassant le plafond réglementaire et aux agences régionales de santé (ARS) de déférer au tribunal administratif les contrats irréguliers. Il s'agit d'adresser un message fort aux professionnels qui profitent des difficultés démographiques actuelles et de l'impérieuse nécessité pour les établissements de santé de garantir l'accès aux soins des populations les plus fragiles, en imposant des conditions de rémunérations déraisonnables.

Les sujets que nous allons examiner sont assez techniques, mais leur contenu répond aux attentes pressantes des professionnels de terrain. Ce texte n'a pas l'ambition de régler de manière exhaustive l'ensemble des sujets, mais bien d'insuffler une dynamique à poursuivre. Il s'agit d'un texte de progrès ; notre responsabilité d'élus est de faire en sorte que le système de santé permette une prise en charge de qualité dans tous les territoires, et que chacun des acteurs de santé puisse participer à l'amélioration. Tournons notre système vers l'avenir ; il est temps !

Mme Annie Vidal. Comme l'a rappelé le Président de la République hier soir, la crise sanitaire que nous traversons a aussi été l'occasion pour notre pays de réussir ce que nous avons longtemps pensé impossible : nous avons collectivement transformé l'hôpital et adapté notre système de soins à une situation inédite. Le Ségur de la santé s'est fait l'écho des attentes du secteur, mais aussi de son extraordinaire capacité à agir.

Outre les mesures financières, le « Ségur » a permis d'identifier certaines faiblesses du système de soins, dans son organisation, dans ses responsabilités, dans sa bureaucratie trop lourde. Il faut reconnaître le dévouement total des soignants qui, en ville comme à l'hôpital, ont tenu, coopéré et innové, malgré la fatigue et la lassitude.

Je salue la qualité du travail de notre collègue Stéphanie Rist : ses idées nouvelles faciliteront le travail des équipes au quotidien. Lors de nos nombreuses auditions avec les acteurs de la santé et de terrain, d'autres idées ont émergé, qui sont venues enrichir le texte et le faire évoluer. Il ouvre ainsi une réflexion sur de nouveaux métiers pour les professionnels de santé ; fait évoluer la profession de sage-femme ; cherche à renforcer l'attractivité des postes de praticiens hospitaliers ; ouvre des pistes d'assouplissement de la gouvernance des établissements de santé publique ; confirme le caractère mutualiste ; simplifie les démarches pour les personnes en situation de handicap.

Les nombreux amendements déposés par tous les groupes témoignent du fort intérêt que la proposition de loi suscite. Le groupe La République en Marche soutiendra plusieurs dispositions constituant des avancées marquantes pour les sages-femmes, les médecins bénévoles et les personnes en situation de handicap. Notre travail permettra de concrétiser les espoirs des acteurs de la santé, de consolider leurs forces, de corriger certaines vulnérabilités pour donner un nouveau souffle à notre système de soins, par la confiance et la simplification.

M. Jean-Pierre Door. Ce texte n'engage aucune véritable réforme, pourtant nécessaire et attendue. Il n'y a pas de solution miracle, c'est vrai, mais il y a urgence. Une réforme de la gouvernance ne sera possible que si toutes les parties prenantes sont associées à son élaboration, ce qui est loin d'être le cas. Avant tout, la gouvernance doit être lisible.

Vous parlez de simplification et de confiance, mais elles ne sont pas de mise au vu des articles 1^{er}, 4 ou 7. Madame la rapporteure, comment avez-vous rectifié ce qui a fait débat et valu opposition de la part de nombreux acteurs de la santé ? Les praticiens hospitaliers ont tout de même publié récemment un communiqué bien agressif.

Pourquoi votre proposition de loi est-elle hospitalo-centrée ? Pourquoi la contractualisation avec les praticiens hospitaliers est-elle totalement absente ? Pourquoi ne parle-t-on pas de territorialisation et de décloisonnement de notre système de santé ?

Nous attendrons vos amendements pour débattre. Pour le moment, de nombreux articles soulèvent des difficultés et ce texte ne nous satisfait absolument pas.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie Stéphanie Rist pour son travail, son écoute et nos échanges en amont de l'examen de la proposition de loi. Pour autant, cette dernière soulève plusieurs difficultés, tant sur la forme que sur le fond.

Sur la forme, le texte est très dense et comporte des mesures importantes, qui auraient mérité une étude d'impact approfondie. La crise sanitaire que nous avons traversée a nécessité la mobilisation de tous, établissements publics, privés, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), médecine de ville, établissements médico-sociaux.

Sur le fond, notre groupe s'est interrogé sur plusieurs dispositions de la version initiale, notamment les articles 1^{er} et 7. Si nous saluons le travail de réécriture de l'article 1^{er}, avec la remise d'un rapport par le Gouvernement sur les pratiques avancées, nous pensons que notre assemblée doit se saisir du sujet : une mission « flash » permettrait à notre commission de formuler des propositions rapidement. J'en ai fait la demande à notre présidente ; j'espère qu'elle sera acceptée lors du prochain bureau.

La proposition de réécriture de l'article 7 n'a pas dissipé nos interrogations. Le souhait d'aller vers plus d'intégration des établissements au sein des GHT, est-ce pour ensuite envisager une fusion ? Nous préférierions une intégration horizontale au sein de bassins de vie de 100 000 à 150 000 habitants, et une meilleure convergence entre établissements publics, privés, ESPIC, médecine de ville et établissements médico-sociaux, sur le modèle des groupements de coopération sanitaire (GCS).

Quelques incertitudes subsistent à propos de l'article 14. La future plateforme doit être une facilité administrative pour les personnes en situation de handicap ou leurs familles, mais elle n'a pas vocation à recueillir des données de santé. C'est la fonction du dossier médical partagé.

Pour conclure, je souligne les articles qui vont dans le bon sens : l'article 10, qui encadrera l'intérim médical, pratique qui peut s'avérer délétère pour l'hôpital public, ainsi que les articles 5 et 11, issus du très bon rapport du professeur Claris.

Notre groupe attend beaucoup des débats qui s'ouvrent pour améliorer et clarifier le texte.

Mme Gisèle Biémouret. Cette proposition de loi de simplification du système de santé nous est présentée comme la traduction des engagements non budgétaires pris par le Gouvernement à l'occasion du Ségur de la santé. Or cinq seulement des trente-trois mesures qui en sont issues y sont abordées ; plus de la moitié des articles n'ont pas été explicitement débattus dans le cadre du Ségur de la santé.

Puisqu'il s'agissait de traduire ces accords, et alors que certaines mesures ont une portée non négligeable pour notre système de santé, nous aurions pu attendre, plutôt qu'une proposition de loi, un projet de loi déposé par le Gouvernement – au moins aurait-il été assorti d'une étude d'impact et d'un avis du Conseil d'État. Nous déplorons donc la méthode. Par

courrier au président Ferrand, Valérie Rabault a d'ailleurs demandé la saisine du Conseil d'État, comme l'y autorise l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires.

Cette sécurisation juridique aurait été une garantie pour les soignants, d'autant que ce texte fait l'objet d'une procédure d'urgence. Or nous avons le sentiment qu'il a été écrit à la va-vite, ce que confirment les nombreux amendements de réécriture déposés par la rapporteure, le plus spectaculaire étant celui à l'article 1^{er}.

Je m'interroge sur la concentration envisagée du pilotage stratégique du GHT entre les mains de l'établissement support. Les GHT, créés par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, n'ont fait l'objet d'aucune évaluation par la représentation nationale. Avant de renforcer leur pouvoir et leur rôle, sur quels éléments vous êtes-vous appuyés ? Ont-ils apporté une plus-value en termes d'accès aux soins ?

Mme Annie Chapelier. Près de quatre mois après la signature des accords du Ségur de la santé, nous discutons d'un premier texte, sous forme de proposition de loi, qui permet de traduire dans la loi certaines de ses mesures non financières. La confiance et la simplification sont les maîtres mots de cette proposition de loi déposée par notre collègue Stéphanie Rist, que je remercie pour son écoute et son travail permanent depuis le début des auditions. La proposition de loi tire les leçons de certains aspects de la crise sanitaire, notamment concernant le rôle des services hospitaliers et l'intérim médical.

Nous émettons cependant de nombreuses réserves sur différents articles, particulièrement s'agissant des articles 1^{er} et 7. C'est une bonne chose que la rapporteure propose une nouvelle écriture de l'article 1^{er}, car l'inscription dans la loi d'une profession médicale intermédiaire non définie, et alors même que le développement des pratiques avancées en est encore à ses prémices, ne pouvait obtenir l'aval de notre groupe.

Parce que le système de santé n'est rien sans ses professionnels de santé, nous appelons à un nouvel élan en faveur de la réingénierie de ces professions, ainsi qu'à l'harmonisation de leurs statuts et de leurs formations. L'universitarisation des professionnels de santé, encore en chantier, doit se poursuivre afin de développer les pratiques avancées. Elles offrent perspectives d'évolution et transversalité et constituent donc l'échelon intermédiaire sur lequel notre système de santé doit renaître. Nous ferons des propositions en ce sens.

Dans sa rédaction initiale, l'article 7 constituait une seconde ligne rouge pour le groupe Agir ensemble. Il pourrait être interprété comme un nouveau pas vers une fusion obligatoire des établissements dans les GHT, au profit de l'établissement support. Au contraire, nous sommes convaincus que la mise en place d'une direction commune doit constituer l'aboutissement d'une démarche de coopération adaptée aux spécificités des territoires et aux choix locaux. Le maintien d'une offre de santé garantie sur les territoires ne peut se satisfaire du systématisme de tels mécanismes. C'est pourquoi nous avons proposé une nouvelle rédaction qui, nous l'espérons, fera consensus.

Mme Valérie Six. Cette proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification suscite beaucoup d'espoirs et d'attentes. Certaines mesures nous semblent aller dans le sens recherché : le renforcement du rôle du service dans l'organisation hospitalière, l'évolution du recrutement des praticiens hospitaliers, la volonté réaffirmée de lutte contre l'intérim médical ou encore la création d'une plateforme numérique

à destination des personnes handicapées. L'article 8 a particulièrement attiré notre attention concernant le droit d'option laissé aux établissements de santé pour leur organisation interne et leur gouvernance – enfin la possibilité est donnée aux hôpitaux d'adopter une organisation interne adaptée à leur taille et aux acteurs locaux !

Toutefois, ces propositions nous semblent insuffisantes pour améliorer concrètement le système de santé, d'autant plus qu'elles participent d'une vision très centrée sur l'hôpital, et surtout l'hôpital public. Certains articles, empreints de la volonté de renforcement de l'intégration des GHT, paraissent s'éloigner de l'objectif affiché. Je crains que cette intégration ne s'opère de façon autoritaire, éloignant encore plus les réponses aux besoins en santé des usagers.

Enfin, la création d'une profession médicale intermédiaire n'est pas issue des revendications des professionnels de santé, et les concertations initiées auprès des seuls ordres des médecins et des infirmiers n'en sont qu'à leurs prémices. Ainsi, même si l'article 1^{er} ne vise qu'à donner un cadre légal à un dispositif encore à construire, nous nous y opposerons, car cette mesure est source de confusion et court-circuite le développement des pratiques avancées.

J'espère toutefois que nos débats seront ouverts et que nous saurons répondre aux attentes de tous les professionnels sanitaires.

Mme Jeanine Dubié. Déjà, le premier volet des mesures du « Ségur » n'était pas entièrement satisfaisant, puisque les revalorisations salariales, inscrites dans le PLFSS 2021, excluaient certaines professions médico-sociales.

S'agissant du deuxième volet, notre groupe ne comprend pas la précipitation dans laquelle cette proposition de loi nous est présentée. Nous nous interrogeons sur la méthode et le choix du véhicule législatif : sur un sujet aussi important et structurant, un projet de loi assorti d'une étude d'impact robuste aurait été préférable.

Le texte initial comporte des dispositifs au mieux imprécis, au pire erronés. C'est d'ailleurs ce qui vous a conduite, madame la rapporteure, à nous proposer des amendements de réécriture. En l'état, nous ne pouvons pas adopter l'article 1^{er}, consacré à la création d'une profession médicale intermédiaire, coquille vide dans l'attente des conclusions d'une mission qui n'a pas encore débuté.

À ce stade, ce type de profession apparaît redondant et difficilement conciliable avec les possibilités offertes par la pratique avancée, dont les décrets d'application sont récents. Il serait avant tout utile de disposer d'un retour sur ce mécanisme et d'améliorer l'existant.

Le chapitre III, consacré à l'attractivité du poste de praticien hospitalier, poursuit un but intéressant, mais ne propose pas de solution concrète pour fluidifier la procédure actuelle de recrutement. Pourquoi ne pas envisager de revoir cette dernière ? Où en est l'ordonnance relative à la refonte du statut de praticien hospitalier, prévue dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ?

D'autres propositions sont plus intéressantes : la suppression de la limitation des arrêts de travail prescrits par les sages-femmes ; la réintroduction du service comme unité fonctionnelle ; la capacité d'adaptation locale des établissements. Notre groupe proposera

d'aller plus loin afin d'associer davantage à la gouvernance les professions médicales et paramédicales, ainsi que les usagers et les élus.

Madame la rapporteure, la proposition de réécriture de l'article 1^{er} est l'exemple même de la précipitation que j'ai dénoncée. Au départ, vous vouliez créer une nouvelle profession médicale intermédiaire ; à l'arrivée, vous proposez la remise d'un rapport par le Gouvernement. Agir vite pour améliorer notre système de santé, bien sûr, mais pas à la va-vite et dans l'approximation ! Le sujet est trop important.

M. Pierre Dharréville. On ne peut, en effet, que s'interroger sur la méthode retenue. Même si je sais que votre proposition de loi préexistait aux discussions du « Ségur », nous pensons que le Gouvernement aurait dû assumer lui-même la traduction de ces mesures, qui méritaient de connaître le parcours législatif d'un projet de loi.

On peut également s'interroger sur l'inachèvement et l'aspect bancal de la proposition de loi, qui s'apparente à un patchwork et dont quelques mesures nous inquiètent. Nous sommes notamment plus que dubitatifs s'agissant de l'accélération de l'intégration dans les GHT. Il faudrait, à tout le moins, regarder d'un peu plus près la manière dont les choses y fonctionnent. La gestion de l'intérim telle qu'elle est proposée pour les directions nous semble assez problématique.

Problématiques également, les dérogations au code de la santé publique. Si certaines mesures présentent un intérêt, on ne voit pas bien, au bout du compte, quelle est la véritable unité de votre proposition de loi et, partant, son avantage. Il faudrait plutôt, à notre sens, déposer un texte permettant de développer la démocratie sanitaire, ce qui n'est pas le cas de celui-ci.

M. Bernard Perrut. Madame la rapporteure, je partage votre point de vue. Il est urgent d'améliorer notre système de santé, par la confiance et la simplification. Trop de règles sont imposées aux professionnels de santé et aux établissements, qui sont trop éloignées des problématiques spécifiques de chaque territoire, et trop complexes. Mais pouvons-nous nous substituer au ministre de la santé ?

Il y a quelques mois, j'ai déposé une proposition de résolution visant à repenser l'organisation de notre système de santé, notamment au niveau territorial. Nous l'avons vu avec le coronavirus, ce sont bien les acteurs locaux qui ont été confrontés à la gestion d'urgence des premiers cas et qui ont su prendre leurs responsabilités. Dès le début de l'épidémie, les directeurs d'hôpitaux ont montré leur capacité à changer en urgence l'organisation de leurs établissements. L'efficacité des circuits courts de décision est manifeste, comme l'engagement remarquable de tous les personnels. Les élus des collectivités ont été également très réactifs et volontaires, et nous avons pu constater que les initiatives pour faire face à l'épidémie ont jailli du terrain – gestion immédiate de la crise sanitaire et gestion des équipements et de l'espace public.

Ne faut-il pas aller plus loin et oser un effort de clarification ? Au ministère reviendraient les missions des grandes politiques de santé publique ; aux collectivités locales et aux territoires, un rôle dans la régulation, le pilotage sanitaire et l'organisation des acteurs. *Quid* également du rôle des ARS, que vous n'évoquez pas spécifiquement, alors qu'il faut les réformer et établir une cogouvernance ? Poser un cadre général garantissant aux Français leur égalité devant la loi, tout en permettant la différenciation territoriale doit, à mon sens, être l'objectif d'une grande réforme qui nous incombe à tous. Il conviendra aussi d'évoquer le rôle

des GHT dans ce qu'ils ont de positif – je les connais bien pour présider le comité territorial des élus locaux – et, avec beaucoup de prudence, dans le respect de nos établissements et de tous nos professionnels de santé.

M. Stéphane Viry. Madame la rapporteure, votre parcours professionnel et votre engagement sont impressionnants et vous donnent, en effet, toute légitimité pour traiter du sujet. Or, après avoir lu votre proposition de loi et découvert vos amendements, je suis partagé entre l'amertume et la déception au regard de votre potentiel.

Que la crise bouleverse la nation et qu'elle percute le système de santé, c'est une évidence. Il faut donc en tirer les leçons. Or votre réponse est, pardonnez-moi, le simple replâtrage d'un système de santé à bout de souffle, qui épuise les personnels soignants et fragilise l'offre de soins. J'aurais pensé qu'au terme du « Ségur », qui était un moment nécessaire d'écoute et de concertation, la réponse de celles et de ceux qui sont au pouvoir aurait été d'une tout autre envergure. J'ai un peu le sentiment que vous proposez des mesurées, alors qu'il faudrait une profonde réforme de notre système de santé. On passe à côté de l'essentiel du sujet, et toutes les parties prenantes du système de santé le pensent. Il faut remettre à plat notre système de santé, plutôt que de chercher à le replâtrer de façon prématurée et hasardeuse.

Enfin, s'agissant de la méthode, la nécessité de proposer des amendements de réécriture, qui bouleversent la version initiale du texte, révèle toute la faiblesse et la fragilité de votre position. Ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de retirer votre proposition de loi et de revenir vers nous lorsque vous aurez revu votre copie ?

M. Thibault Bazin. S'il y a de bonnes mesures dans cette proposition de loi, d'autres peuvent révolter. J'ai l'impression que notre système de santé va conserver un certain nombre de rhumatismes...

Je suis ravi que vous ayez fait marche arrière sur l'article 1^{er}, qui allait apporter de la confusion. Il faudrait faire de même concernant l'article 7. Certes, vous l'avez réécrit par voie d'amendement, mais il n'est toujours pas acceptable : c'est un *casus belli*. Il est hors de question de forcer les coopérations et de brusquer les élus en cette période. Il faut adapter le mode de gouvernance selon les territoires. Le comité stratégique ne doit pas être uniquement consulté ; il doit pouvoir en décider. Si l'on veut que les GHT fonctionnent bien, il faut leur laisser une liberté de fond et de forme, ainsi que du temps. Il faudrait également muscler le comité territorial des élus locaux du GHT, en associant les parlementaires et les représentants des établissements publics de coopération intercommunale du territoire concerné. Une direction commune peut être un atout si elle fait consensus avec les acteurs locaux. Cela dépend surtout des personnes et des territoires. Faisons-leur confiance ! Permettons à chaque conseil d'administration des établissements et à chaque conseil de surveillance de donner leur accord. Madame la rapporteure, êtes-vous prête à rechercher le consensus en supprimant votre article 7 ?

M. Didier Martin. Je salue le travail qui a été fait, parce qu'il n'était pas facile. Il a été lancé par des gens du métier, qu'il s'agisse de notre responsable du texte, de notre rapporteure ou de tous ceux qui ont enrichi le texte avec leurs amendements. Profitons-en ! Alors que nous avons une expérience des métiers, pourquoi en appeler au Gouvernement qui devrait trouver la grande solution globale, le Grand soir de la grande réforme ? Un voyage de 10 000 lieues commence toujours par un premier pas ; et il y a plusieurs premiers pas à faire dans des domaines précis au cœur de notre organisation. J'entends certains s'attacher

beaucoup à la question territoriale – c’est normal, ce sont des élus –, mais il n’y a pas que cela à considérer, il y a aussi une communauté hospitalière, une communauté des professions de santé, des équilibres à répartir. Je pense que cette proposition de loi, de façon progressive, introduit quelques changements importants. Il serait donc dommage de la renvoyer dans l’attente d’un projet de loi. Saisissons-nous de notre rôle et faisons la loi, même si ce n’est qu’un premier pas.

M. Philippe Vigier. Monsieur Viry, chercher à faire retirer la proposition de loi est une mauvaise voie. Ceux mêmes qui se plaignent dans l’hémicycle que le Gouvernement décide tout, préfèrent, lorsque le Parlement prend des initiatives, tout faire retirer, parce qu’il faudrait le Grand soir. Ça ne marche pas ! Malgré des points de désaccord, il faut souligner le travail réalisé, qui a le mérite d’exister.

Je remercie la rapporteure d’avoir débloqué la situation sur l’article 1^{er}. Je ne suis d’ailleurs pas certain que le blocage soit venu des professionnels de santé, mais plutôt de l’avenue de Ségur, si mes informations sont bonnes.

Enfin, s’agissant de la coopération entre le public et le privé, qui est l’une de mes marottes, la rapporteure a déposé hier soir un amendement de grande valeur concernant l’interopérabilité en matière de systèmes d’information. L’interopérabilité est la première des coopérations entre le public et le privé. C’est la première pierre de l’édifice. Nous devons continuer en ce sens. Le covid nous rappelle tous les jours que le public sans le privé, cela n’existe pas, et que le privé sans le public, cela existe encore moins.

M. Paul Christophe. Je salue, à mon tour, le travail éminent de notre collègue. Je souscris aussi à l’idée que nous sommes là pour travailler et pour débattre. Je vois donc mal ce qu’il y a d’inconvenant à ce que nous nous saisissions de cette proposition de loi. Vous connaissez, madame la rapporteure, mon aversion pour la rédaction initiale de l’article 7 et ses fusions imposées qui ne disent pas toujours leur nom. J’apprécie que la nuit ait porté conseil et que nous ayons à échanger ce matin sur une nouvelle version.

Vous vous êtes beaucoup appuyée sur les rapports de la Cour des comptes et de l’IGAS sur les GHT. La Cour des comptes a mis le doigt sur une difficulté majeure : le découpage territorial, particulièrement hétérogène et souvent plus politique qu’organisationnel. Pourquoi n’avez-vous rien proposé pour le revoir ? Enfin, les GHT ont exclu de fait le secteur privé. Comment mieux organiser la coopération entre le privé et le public ? Quant à l’article 7, s’il y a des patients, il y a aussi des soignants. Nous devons donc réfléchir à ce que la fusion d’établissements éloignés l’un de l’autre peut impliquer en matière de mutation, afin de rassurer les uns et les autres dans le contexte actuel.

Mme la rapporteure. Monsieur Door, vous avez dit que le texte était hospitalo-centré. En juillet 2019, nous avons adopté la loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé, qui n’était pas hospitalo-centrée et proposait la création des coopérations professionnelles territoriales de santé et du projet territorial de santé. Nous sommes dans une dynamique de création, et il me semble important d’avancer sur ce qui est déjà dans la loi avant de proposer une nouvelle réforme. Je ne suis d’ailleurs pas sûre que cela viendrait répondre à une attente sur ce sujet. J’ai également déposé, après l’article 1^{er}, des amendements sur les protocoles de coopération, qui pourront se faire en ville entre établissements de santé, mais aussi avec le secteur médico-social. Les mesures ne concernent donc pas que l’hôpital.

Les protocoles de coopération sont un très bon dispositif de décloisonnement. Vous reprochez à la proposition de loi l'absence d'éléments de territorialisation, mais le GHT et le fait d'en débattre montrent notre attachement aux territoires.

Vous dites qu'il n'y a eu aucune concertation. Le « Ségur » était une concertation qui a été saluée par les représentations syndicales, et beaucoup de mesures de ce texte en sont issues.

Monsieur Isaac-Sibille, vous avez, à juste titre, proposé la création d'une mission « flash ». Il me semblerait intéressant que les parlementaires s'emparent du sujet des professions médicales intermédiaires. S'agissant des GHT, la proposition de loi vise clairement à les faire avancer. Ils ont plus de quatre ans. Des rapports relèvent leur hétérogénéité, mais on sait aussi que lorsqu'ils fonctionnent bien, ils créent de l'offre de soins là où on en manque le plus. Or, actuellement, nous n'avons pas beaucoup d'outils qui le permettent. C'est pour cela que nous souhaitons faire progresser ces GHT, qui sont dispendieux en temps professionnel et qui ne sont pas aussi efficaces qu'ils pourraient l'être. Si notre objectif est d'améliorer l'offre de santé dans les territoires, nous devons les pousser. Je vous remercie, enfin, pour vos amendements qui compléteront utilement l'article 10.

Madame Biémouret, vous auriez souhaité un projet de loi et non une proposition de loi. Je connais votre attachement au sujet de la santé. Nous sommes parlementaires, et l'un des moyens de faire avancer les questions, c'est aussi de proposer des textes. Je le redis très humblement : mon texte n'est pas exhaustif, mais s'il est adopté, il emportera des conséquences très pragmatiques dans les territoires. Pour prendre le seul exemple des protocoles de coopération, très rapidement pourront se mettre en place des coopérations qui amélioreront l'offre de soins et la prise en charge des patients.

Vous avez déduit des réécritures que le travail avait été fait trop rapidement. Cela peut aussi vouloir dire que nous sommes à l'écoute de ce qui nous remonte, soit lors des auditions soit dans les discussions que j'ai pu avoir avec certains d'entre vous.

Quant à l'évaluation des GHT, la Cour des comptes a produit un rapport, l'IGAS un autre. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) va également lancer un travail sur le sujet. S'est ajoutée l'expérience acquise dans mon propre GHT, que Jean-Pierre Door connaît bien, ainsi que dans d'autres territoires, à l'occasion de différents déplacements.

Madame Chapelier, il me semble que vous demandez plus de souplesse aux GHT. Or c'est exactement ce que j'apporte, puisque l'article 7 réécrit dispose que si, d'emblée, le directeur général de l'ARS considère que le groupement est trop grand ou que les gens ne s'y entendent pas assez bien, il peut ne pas proposer d'intérim. S'il le choisit, l'intérim est assuré par le directeur de l'établissement support pendant un an et, au maximum au bout d'un an, le directeur de l'ARS prend une décision sur la direction commune, après avis des commissions des élus, du conseil de surveillance de l'établissement et du comité stratégique. Ces procédures sont à même d'apaiser les craintes que j'entends surtout d'élus de petits établissements, qui ont peur de se faire manger par les gros, alors qu'en réalité, soit dit en passant, c'est tout l'inverse qui se passe. J'ai réécrit l'article pour répondre aux différentes demandes.

Madame Dubié, si nous agissons vite, c'est parce qu'il y a urgence à améliorer l'offre de soins aux patients. La réécriture, comme je l'ai dit, s'inscrit dans une démarche

d'écoute. Les ordonnances sur les statuts sont attendues pour mars 2021, leur date de publication ayant été reculée en raison de la crise sanitaire.

Monsieur Dharréville, vous avez fait part de nombreuses craintes à l'égard des GHT. Je les entends, mais voyons aussi que, lorsqu'ils fonctionnent bien, ils peuvent sauver des maternités et créer de l'offre de soins, ce à quoi nous devrions tous œuvrer, en levant les freins qui subsistent. Quant à l'intérêt de la proposition de loi, je vous laisse seul juge. Pour moi, elle emporte des conséquences pratiques qui la justifient entièrement. Par exemple, une femme enceinte qui vient de voir sa sage-femme n'aura plus besoin d'aller ensuite voir son médecin pour faire prolonger son arrêt maladie. Vous craignez également pour le sort des plus petits établissements. Mais la réécriture de l'article 8 précise bien qu'il s'agit d'une dérogation, qui permet que les hôpitaux s'organisent en services, en pôles, comme ils le souhaitent, en leur faisant confiance et grâce à une meilleure coopération entre l'administration et les médecins.

Monsieur Perrut, j'entends votre demande s'agissant de la place des élus et du rôle des ARS dans notre système de santé. Je crois que cette proposition de loi n'était pas le lieu où s'attaquer à ce sujet très large, qui emporte des conséquences sur la différenciation notamment. Attendons pour cela le projet de loi « 3D », pour lequel notre commission aura un rôle à jouer.

Monsieur Viry, vous parlez d'un simple replâtrage. Je ne dis pas que mon texte est une grande loi santé. Il n'est pas exhaustif. De nombreuses mesures du « Ségur » ont été examinées jusqu'à hier soir dans le PLFSS. Beaucoup ne sont pas d'ordre législatif et ne se retrouvent donc pas dans ma proposition de loi. Mais celles qui nécessitaient un cadre législatif y sont. Quant à souhaiter une grande réforme, nous connaissons tous le calendrier législatif et nous sommes en pleine crise sanitaire. Je ne crois pas que ce soit le moment de faire une grande réforme de la santé. Je mesure bien que les nombreuses réécritures peuvent compliquer le travail des parlementaires. C'est pourquoi j'avais essayé de prévenir les groupes le plus tôt possible de leur forme et de leur fond.

Monsieur Bazin, hors de question de brusquer les élus, dites-vous, s'agissant des GHT. Je ne suis pas d'accord avec vous. Je crois que nous devons les brusquer et que la situation de l'offre de soins et de l'accès aux soins le nécessite. C'est même la principale raison de ma présence comme députée et comme rapporteure, certes modeste. Tout ce qui pourra améliorer, ne serait-ce qu'un peu, l'offre de soins dans notre territoire est important. Vous souhaitez supprimer l'article 7. Vous avez compris mon engagement et ma conviction quant à l'efficacité des GHT. Peut-être qu'il faut changer leur nom et apprendre à les aimer, mais ils marchent, et beaucoup d'exemples le prouvent. La réécriture dissipe vos craintes : l'intérim se fera si le directeur général de l'ARS est d'accord, puis il faudra passer devant les élus pour un avis – c'est tout de même beaucoup de souplesse. Il n'est pas, à ce jour, question d'une fusion des GHT ni de l'acquisition d'une personnalité morale. Ce sont, je l'espère, des étapes à venir, qui sauront faire consensus.

Monsieur Vigier, je suis convaincue, comme vous, de la nécessité de la coopération du public et du privé. Nous avons déjà des outils, notamment le projet territorial de santé, et je crois que les protocoles de coopération peuvent également être un outil très pratique en la matière. Il existe aussi des GCS. Je suis engagée, comme vous, pour que l'amélioration du système passe par une meilleure coopération entre le public et le privé.

Monsieur Christophe, vous avez fait mention du découpage du périmètre du GHT. Certes, parmi les 135 qui existent, l'hétérogénéité est importante : certains paraissent très grands, d'autres plus petits. Ce n'est toutefois pas le seul frein à leur fonctionnement – mais je n'ai pas vu d'amendement sur ce sujet. Comme je l'ai dit, l'article 7 prévient ce risque, puisque le directeur général de l'ARS peut ne pas proposer d'intérim si le GHT est trop grand.

La commission en vient à l'examen des articles de la proposition de loi.

Chapitre I^{er}

Création d'une profession médicale intermédiaire

Avant l'article 1^{er}

La commission examine l'amendement AS272 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. L'amendement vise à modifier l'intitulé du chapitre I^{er}, dans la mesure où, comme nous l'avons dit, la création d'une profession médicale intermédiaire semble prématurée. L'amendement introduit une référence au protocole de coopération et à l'exercice en pratique avancée, deux dispositifs essentiels pour mieux répondre aux besoins de nos concitoyens en décloisonnant les métiers.

M. Jean-Pierre Door. Madame la rapporteure, votre amendement montre que vous avez compris qu'il y avait eu un blocage sur la définition de cette profession médicale intermédiaire. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a bloqué fortement et n'a pas voulu répondre à la lettre de mission qu'on lui avait adressée. La profession médicale intermédiaire est, à mon sens, totalement inutile dès l'instant où il y a des infirmières en pratique avancée (IPA) et des assistants médicaux, qui maillent notre territoire. Pour revenir au titre du chapitre I^{er}, la mention de l'exercice en pratique avancée me semble parfaitement inutile.

M. Philippe Vigier. L'article 1^{er} faisait, en effet, l'objet de très nombreux blocages, d'autant qu'il renvoyait à un décret en Conseil d'État. Créer une profession, qui est un OVNI, sans donner de contenu ni de formation : on comprend le blocage. Votre réécriture me semble aller dans le bon sens.

Le métier d'infirmière en pratique avancée a été créé sous le quinquennat précédent. Lors de l'examen de la proposition de loi tendant à garantir un égal accès aux soins et aux maternités, seules 392 IPA avaient été identifiées. Alors qu'elles ont été très peu accompagnées et que leur nombre est en chute libre plutôt qu'en augmentation, il faudrait élargir leur champ d'action, notamment en pédiatrie. La bonne méthode serait de les renforcer et de renforcer l'attractivité de leur carrière en augmentant les salaires.

Je ne suis pas opposé à une profession médicale intermédiaire, mais il faudrait définir comment et qui. Une proposition vous a été faite par les cinq conférences des doyens des formations médicales. Utilisons ce support, afin de partir des outils de formation, pour voir comment ces nouveaux postes pourraient s'insérer dans la chaîne hospitalière et apporter une vraie réponse. On avait parlé de recruter 4 000 assistants médicaux, mais combien l'ont été réellement ? On nous avait également expliqué qu'on allait salarier les médecins dans ma région. Cela fait dix mois que l'annonce a été faite et leur chiffre doit avoisiner le zéro.

M. Pierre Dharréville. La formulation initiale de l'article 1^{er} a soulevé de nombreuses oppositions et ne correspondait pas aux mesures discutées dans le cadre du « Ségur ». C'est une marque de sagesse de revenir en arrière sur ce sujet. Le problème, tout de même, c'est qu'il s'agissait de l'article phare de la proposition de loi... Sa réécriture fragilise l'édifice et contribue à alimenter les critiques que nous avons formulées tout à l'heure.

Des enjeux importants sont définis, concernant la formation des médecins. Nous en donnons-nous les moyens ? Je pense également aux centres de santé, qui permettent de développer des lieux de pratique collective. Il faudrait s'attaquer à de nombreux sujets qui sont absents de la proposition de loi.

M. Brahim Hammouche. Pratique avancée, oui ; profession médicale intermédiaire, non : voilà ce qui nous remonte du terrain. Énormément d'acteurs du monde de la santé sont demandeurs à la fois d'une revalorisation, de formations et de soutien. Les sages-femmes demandent qu'on élargisse un peu leur périmètre, comme les étudiants et les internes en médecine, les praticiens étrangers, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmières à domicile. Une profession médicale intermédiaire ne ferait qu'introduire de la confusion là où il faudrait de l'organisation et de l'ambition.

Mme Jeanine Dubié. On crée une nouvelle profession médicale : ce n'est tout de même pas neutre. Or on ne le fera qu'à la suite des conclusions du rapport des conseils nationaux des ordres des infirmiers et des médecins. C'est incompréhensible ! Il aurait fallu que le rapport fixe un cadre pour cette profession, qu'il détermine sa place par rapport aux médecins et aux infirmières, et quelle formation – paramédicale ou médicale – permettrait de l'exercer. Cette disposition semblait non seulement absurde, mais surtout résulter d'une appréciation pas juste de la situation.

Vous proposez aujourd'hui de substituer à la profession médicale intermédiaire l'exercice en pratique avancée. A-t-on vraiment besoin d'un article de loi pour demander un rapport dressant l'état d'avancement de la pratique avancée et des protocoles de coopération ? Est-ce à dire que la question n'a fait l'objet d'aucun travail de la part du ministère ? Je suis préoccupée par cette façon de faire.

Mme Annie Vidal. La réécriture proposée par la rapporteure ne fragilise pas le dispositif, bien au contraire. Elle témoigne de sa grande qualité d'écoute lors des nombreuses auditions qu'elle a conduites.

L'idée initiale était bien de créer un cadre législatif afin que les propositions des ordres puissent rapidement trouver une déclinaison opérationnelle. Malheureusement, ce n'est pas ainsi qu'elle a été perçue. Force est donc de constater que ce sujet doit poursuivre sa maturation.

Pour autant, la question reste prégnante. Les pratiques avancées ne concernent aujourd'hui que les infirmières, mais les autres auxiliaires médicaux ont des propositions à faire. Le rapport pourrait utilement éclairer la réflexion, non pas sur la profession médicale intermédiaire, mais sur une évolution des métiers des professionnels de santé. Il y a forcément un niveau de compétences à établir entre le médecin et l'infirmière pour pallier l'insuffisance de l'offre de soins dans de nombreux territoires.

Mme Annie Chapelier. La rédaction initiale était vraiment très mal partie. On a constaté, au cours des auditions, que personne ne s'y retrouvait. Même s'il est mal écrit,

l'article 1^{er} nous donne peut-être enfin l'occasion de remettre à plat la question des professions paramédicales. Le rapport en question permettrait, non seulement d'envisager leur évolution, mais aussi – et c'est que ce notre groupe va proposer – de revoir l'ingénierie de toutes ces professions.

L'exercice en pratique avancée constitue un titre préliminaire du code de la santé publique, qui précède la déclinaison, aux titres I^{er} à VII, non seulement des infirmières, mais de toutes ces professions, des psychomotriciens aux opticiens-lunetiers en passant par les diététiciens. Le champ des possibles est infini, mais il ne peut être ouvert qu'en mettant fin à l'hétérogénéité de toutes ces professions, dont les statuts, les référentiels de formation et de compétences, complètement disparates, ne permettent pas une telle évolution.

L'affaire était sans doute mal partie, mais voyons-y un bien pour un mal. La remise à plat du système de santé que M. Viry réclamait doit commencer par la remise à plat des professionnels de santé, qui en constituent l'âme et le corps.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La richesse des auditions a permis à chacun de faire évoluer son point de vue, et à la rapporteure de proposer la modification, que nous soutiendrons. Nous avons constaté que la complexité de ces professions, l'absence de cadrage appelaient à faire tout un travail. Au moins le rapport demandé au Gouvernement et la mission « flash » nous aideront-ils à y réfléchir.

Mme Gisèle Biémouret. Je ne comprends pas ce que cet article va apporter de plus aux déserts médicaux.

La commission adopte l'amendement, et l'intitulé du chapitre I^{er} est ainsi modifié.

En conséquence, l'amendement AS91 de M. Thibault Bazin tombe.

Article 1^{er} : *Création d'une profession médicale intermédiaire*

La commission examine les amendements de suppression AS10 de Mme Jeanine Dubié, AS11 de M. Jean-Pierre Door, AS49 de M. Pierre Dharréville, AS56 de Mme Marine Brenier, AS92 de M. Thibault Bazin, AS142 de Mme Valérie Six, AS170 de M. Stéphane Viry, AS194 de Mme Gisèle Biémouret et AS283 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Jeanine Dubié. La rédaction de l'article 1^{er} a suscité de nombreux doutes, d'autant plus que le titre initial annonçait la création d'une profession médicale intermédiaire dans le seul milieu hospitalier. J'ai déjà dit qu'on n'avait aucune idée du cadre dans lequel elle s'inscrirait puisque le rapport confié aux ordres concernés ne serait rendu qu'en avril 2021. Encore une fois, on crée quelque chose sans savoir ce qu'il y a dedans. J'ai l'impression de revivre le coup de la cinquième branche : *bis repetita*, donc, avec cette profession médicale intermédiaire !

M. Jean-Pierre Door. De nombreuses réformes sont en cours : études de santé, ouverture du *numerus clausus*, établissement de passerelles, création d'un diplôme en pratique avancée, en particulier pour les infirmières, correspondant au niveau du master, renforcement de l'exercice coordonné avec les protocoles de coopération, et création de 4 000 assistants médicaux. Avec la profession médicale intermédiaire, vous rajoutez un élément totalement inutile dans le schéma général des professions de santé.

M. Pierre Dharréville. La présentation de l'article procède de la même démarche que celle qui avait été adoptée pour la cinquième branche : une idée passe et, sans qu'il y ait rien dedans, on l'annonce ! C'est tout de même un fonctionnement problématique. On ne voit pas bien à quoi cela peut répondre. Ce n'est pas pour rien que l'exercice de la médecine est réglementé, et depuis très longtemps. L'article 1^{er} est donc inacceptable en l'état. Le transformer en une demande de rapport, que vous auriez pu introduire dans le PLFSS, ne me semble pas plus approprié.

M. Thibault Bazin. L'article 1^{er} constitue un mauvais démarrage pour la proposition de loi, dont le titre est pourtant intéressant : tout le monde s'accorde sur la nécessité d'améliorer notre système de santé.

Sur la forme, tous les professionnels de santé que le groupe Les Républicains a auditionnés ont affirmé n'avoir pas participé à la concertation et ne pas avoir été consultés en amont. Il est tout de même dommage de chercher à améliorer un système sans ceux qui en sont les acteurs de première ligne. Sur le fond, dans un contexte d'hyperspécialisation des métiers du soin et de la médecine, le flou de la rédaction pose un problème. On ne sait pas ce qu'il y a derrière ni comment la proposition de loi s'inscrit dans le cadre des autres réformes en cours.

Vous allez proposer de remplacer cet article fort malvenu par une demande de rapport, mais celui-ci sera caduc lorsque la navette arrivera à son terme. Mieux vaut le supprimer, ce qui nous permettra de soutenir cette proposition de loi, qui contient par ailleurs d'autres mesures intéressantes et que nous tenterons d'améliorer avec nos amendements.

Mme Valérie Six. Le groupe UDI et Indépendants souhaite également la suppression de l'article. Annoncée comme issue du Ségur de la santé, la création d'une profession médicale intermédiaire a été rejetée. Alors que les Français ont du mal à s'orienter au sein du système de santé, créer une nouvelle profession ajouterait à leur confusion sans remédier à l'important cloisonnement entre métiers. Une réflexion préliminaire, élargie à l'ensemble des représentants professionnels médicaux, paramédicaux et universitaires, pourrait s'engager sur les compétences et les responsabilités professionnelles des métiers de la santé pour faire évoluer ces derniers, mais c'est d'une organisation rationnelle et coordonnée dans les territoires que nous avons besoin.

Madame la rapporteure, vous avez entendu la réaction du monde médical : de l'Ordre des médecins aux principaux syndicats de praticiens hospitaliers et libéraux, jusqu'aux conférences des doyens des facultés de santé, la levée de bouclier a été unanime. Vous avez reconnu que cette nouvelle profession ne pourrait pas constituer une réponse aux déserts médicaux et que le calendrier n'était pas pertinent. Nous vous en remercions, de même que d'avoir déposé votre amendement de réécriture de l'article.

M. Stéphane Viry. La création d'une profession médicale intermédiaire était une idée – saugrenue – du ministre Véran, qui n'en a jamais fait mystère. Les professionnels de santé étaient majoritairement contre et l'ont fait savoir bruyamment. Quels auraient été le statut et les prérogatives professionnelles ces nouveaux intervenants dans le parcours de soins ? Ce n'était ni fait ni à faire. En revanche, développer la validation des acquis de l'expérience (VAE) permettrait à tout le personnel de santé de monter en compétences tout au long de sa carrière.

Mme Gisèle Biémouret. La nouvelle rédaction de l'article me laisse tout autant dubitative : au fond, on ne sait pas ce que signifie la création d'un nouvel échelon ou d'un nouveau métier. Je veux me faire la porte-parole des déserts médicaux, des territoires – qui ne sont pas seulement ruraux – où l'on peine à recruter des médecins hospitaliers : j'ai eu l'impression que ce nouveau métier leur serait réservé. Évidemment, je souhaite que l'article 1^{er} soit supprimé !

Mme la rapporteure. Je suis défavorable à ces amendements, car leur adoption empêcherait celle de l'amendement suivant, AS271, celui par lequel je vous proposerai de demander un rapport au Gouvernement. Or c'est important, car beaucoup de professionnels de santé attendent ces évolutions des métiers. Abandonner complètement l'article 1^{er} signifierait que nous nous désengageons du sujet.

La profession médicale intermédiaire n'est pas une nouveauté. Elle est mentionnée en 2011, dans le rapport de Laurent Hénart, en 2014, dans celui de nos collègues sénateurs, et encore dans d'autres travaux intervenus depuis. Si j'entends qu'il existe un blocage et qu'il ne faut pas aller plus loin dans le cadre de ce texte, je persiste à penser qu'il faut continuer d'avancer, surtout en matière d'évolutivité des métiers.

Regardons nos voisins européens : en Angleterre, une infirmière peut opérer d'une appendicite. Nous en sommes très loin.

M. Philippe Vigier. Si l'on supprime l'article, on ne parlera plus ni des IPA ni des professions intermédiaires. Est-ce l'objectif ? Non.

Si l'on suit la rapporteure en adoptant la nouvelle rédaction qu'elle propose, cela reviendra à suivre à nouveau le Gouvernement. Or nous examinons une proposition de loi, un cadre, me semble-t-il, approprié à l'initiative parlementaire. Sachant que la plupart des demandes de rapport tombent aux oubliettes, que des contacts ont été pris avec les cinq conférences de doyens pour la formation et que les IPA sont en difficulté alors qu'il s'agit d'une très belle création, lançons la mission « flash », prenons notre destin en main ! Cette question date de 2011 : elle n'est donc pas affaire de clivage politique. Nous devons pouvoir avancer tous ensemble, vite, de façon efficace et en concertation avec ceux dont c'est le boulot au quotidien : ordres, facs de médecine, syndicats.

Mme Audrey Dufeu. Depuis tout à l'heure, j'entends des arguments contradictoires : d'un côté, vous réclamez à la rapporteure le détail de ce que sont les professions médicales intermédiaires, et, d'un autre côté, vous lui reprochez de demander un rapport qui permettrait précisément d'en définir le périmètre.

En fait, je pense que vous exprimez la peur du changement de certains ordres médicaux – je n'ai pas peur de le dire. Les auditions de la rapporteure ont montré que tous les professionnels n'étaient pas unanimes. Allez rencontrer les paramédicaux sur le terrain, voyez la dérive quotidienne dans la délégation des tâches : tout n'est pas noir ou blanc. La France accuse un retard de quinze ans en matière d'évolution des pratiques, parce que le pouvoir médical veut se placer au centre, tout en se plaignant de ne pas pouvoir tout faire.

Oui, la désertification médicale est une réalité. Oui, certains professionnels paramédicaux aspirent à la reconnaissance des tâches qui leur sont déléguées au quotidien et à l'évolution de leur pratique. Les professions intermédiaires ont toute leur place en matière d'éducation, de prévention et de dépistage. Il nous faut tout simplement être un peu

progressistes, ne pas avoir peur du changement et ne pas nous enfermer dans nos pratiques traditionalistes, car une telle attitude n'aidera pas le système de santé.

M. Jean-Pierre Door. Ne cédon pas à la caricature ! Je ne suis pas d'accord avec le raisonnement de Philippe Vigier. Je crois que nous avons besoin de rapports, et je me souviens de celui, formidable, du Pr. Jacques Domergue sur toutes les professions de santé. Je crois aussi que certaines professions intermédiaires de santé doivent exister. Dans mon cabinet, un professionnel de cette catégorie réalisait, par exemple, toutes les échographies, et avait un niveau master. Je soutiens donc, une fois n'est pas coutume, l'amendement AS271 de la rapporteure, qui prévoit un rapport sur l'ensemble des professions intermédiaires. La MECSS pourrait même en préparer un de son côté, en auditionnant les représentants des professions de santé.

M. Philippe Vigier. Une mission « flash » rend toujours un rapport, et j'ai plus confiance dans un rapport parlementaire que dans un rapport gouvernemental – je suis sûr que mon ami Jean-Pierre Door ne manquera pas d'être d'accord avec moi.

Mme Annie Chapelier. Nous pouvons avancer même avec un simple rapport. Il y en a eu déjà beaucoup, de celui de M. Domergue, il y a dix ans, qui ne traitait que de la formation des auxiliaires médicaux, à ceux de l'IGAS et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale, en 2014 et en 2017, sur l'accès aux formations, en passant par celui de Laurent Hénart et Yvon Berland, en 2011, sur les métiers en santé de niveau intermédiaire. Tous ces rapports préconisent la même chose : une remise à plat, une réingénierie, une réflexion débouchant sur des pratiques avancées et l'évolutivité des professions. Surtout, cette évolution doit aller de pair avec l'universitarisation des professions, dont le rapport de M. Stéphane Le Bouler a récemment traité.

En France, on est encore très loin du compte, et c'est pourquoi il y a tant de blocages. Une telle réingénierie est indispensable pour qu'enfin les professionnels de santé, désormais hyperqualifiés, s'inscrivent dans le système européen licence master doctorat (LMD).

M. Thibault Bazin. Nos travaux sont affectés par un problème de méthode : nous défendons des amendements de suppression de l'article qui ont été déposés avant celui de la rapporteure visant à le réécrire. Nous avons donc un dialogue de sourds alors que nous sommes tout à fait ouverts. Pour ma part, je pense qu'avec l'hyperspécialisation des métiers du soin et de la médecine, il est nécessaire de travailler sur les pratiques avancées et, au-delà du rapport, d'aborder la question centrale de leur rémunération. Le problème est là : elles ne sont pas suffisamment valorisées pour être attractives.

La commission rejette les amendements de suppression.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS271 de la rapporteure et AS289 de M. Jean-Louis Touraine, qui font l'objet des sous-amendements AS336 de Mme Annie Chapelier et AS337 de Mme Danielle Brulebois, ainsi que les amendements AS212 de Mme Annie Chapelier et AS284 de Mme Josiane Corneloup.

Mme la rapporteure. Nous avons largement évoqué la nécessité de disposer d'un rapport d'évaluation, dont il est important qu'il insiste sur des propositions pour accélérer le déploiement des auxiliaires médicaux en pratique avancée et celui des protocoles de coopération, notamment en simplifiant et en améliorant ces dispositifs.

Mme Annie Chapelier. Un tel rapport apportera une réelle amélioration s'il aborde aussi les besoins et les moyens de la réingénierie des auxiliaires médicaux, ainsi que la mise en cohérence et l'harmonisation de leur statut et de leur formation, notamment la poursuite de leur universitarisation. Tel est le sens du sous-amendement AS336.

Mme Danielle Brulebois. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent le lieu où coordonner les professions de santé et les professions intermédiaires de santé, grâce à la mise en œuvre d'un véritable maillage. Elles ont démontré leur utilité pendant la crise du covid-19, mais connaissent des difficultés de déploiement.

Il n'existe aucun professionnel chargé de leur coordination et de leur installation ; ce sont les médecins qui en ont la charge. Ce travail est mal défini et mal financé, ce qui décourage les professionnels de santé. Il est pourtant important, car une CPTS est efficace à l'échelle d'un bassin de population d'environ 50 000 habitants. Cela représente un important travail de coordination.

Par le sous-amendement d'appel AS337, je propose d'ajouter à l'objet du rapport l'évaluation des besoins et des moyens à mettre en œuvre pour assurer un financement pérenne des protocoles de coopération au sein des CPTS.

M. Jean-Louis Touraine. L'écoute attentive et l'ouverture d'esprit dont Mme la rapporteure a fait preuve a permis de faire évoluer l'article 1^{er} de façon significative. De nombreux professionnels de santé s'inquiétaient de sa version initiale. Certains y ont vu la résurgence des officiers de santé du XIX^e siècle, décriés et perçus comme des sous-médecins, insuffisamment compétents et envoyés dans les zones aujourd'hui appelées sous-denses.

La nouvelle rédaction démontre que nous souhaitons, au contraire, amplifier les capacités, les compétences, les responsabilités, la formation et les salaires des membres des professions paramédicales et des auxiliaires médicaux, qui seront élevés à des capacités d'action en santé accrues. Cela libérera du temps médical et permettra aux médecins de retrouver le temps utile et opportun pour faire ce pour quoi ils ont été formés, au lieu de se consacrer à des tâches qui, dans plusieurs autres pays européens, sont effectuées soit par des infirmières, soit par des personnes ayant bénéficié d'une formation complémentaire.

Ainsi, une étude publiée par le *British Medical Journal* démontre, à l'échelle du Royaume-Uni, que les coloscopies effectuées par les infirmières se soldent par un nombre moins important de perforations du côlon que celles réalisées par les médecins, car elles y consacrent davantage de temps et sont moins bousculées qu'eux. Au bout du compte, il est souvent opportun de confier la réalisation d'actes précis à des auxiliaires médicaux en pratique avancée. Je rappelle que ceux-ci interviennent d'ores et déjà, en théorie, dans le traitement des pathologies chroniques stabilisées et des polyopathologies courantes, ainsi que dans celui des affections relevant de l'oncologie et de l'onco-hématologie, de l'insuffisance rénale, de la psychiatrie et de la santé mentale. Il est grandement nécessaire de développer tout cela, d'attribuer des salaires appropriés aux intéressés et de parvenir à combler le fossé, issu du passé, entre les professions médicales et les auxiliaires médicaux.

C'est pourquoi je présente, au nom du groupe La République en Marche, l'amendement AS289, non sans remercier Mme la rapporteure d'avoir présenté un amendement identique.

Mme Annie Chapelier. Mon amendement vise à compléter le rapport d'évaluation proposé par Mme la rapporteure en y incluant les besoins et les moyens en matière de mise en cohérence et d'harmonisation des statuts ainsi que de la formation des auxiliaires médicaux et de la réingénierie.

Mme Josiane Corneloup. Mon amendement tend à faire porter le rapport sur la création d'une profession médicale intermédiaire ainsi que sur ses conséquences sur l'organisation du monde médical. Pour les infirmiers, il s'agit d'aller au-delà de la pratique avancée, qui doit encore être développée, en dépit des progrès accomplis au cours des dernières années. Une telle rédaction est de nature à leur permettre une évolution professionnelle et sociale.

Mme la rapporteure. Je suggère le retrait du sous-amendement AS336, afin de le retravailler pour la séance publique. L'expression « réingénierie des auxiliaires médicaux » manque de précision. Peut-être faut-il la remplacer par l'expression « réingénierie des formations et des diplômés ». À cette condition, ce sous-amendement pourrait recueillir un avis favorable. Je suggère également le retrait du sous-amendement AS337, qui est satisfait. J'appelle nos collègues à adopter les amendements identiques AS271 et AS289. Enfin, je suggère le retrait des amendements AS212 et AS284, non sans être certaine que Mme la présidente prêtera une oreille attentive à la demande de mission « flash ».

M. Pierre Dharréville. Je tiens à dire l'intérêt que je porte aux observations formulées par notre collègue Jean-Louis Touraine. Il me semble, en effet, que tout cela doit s'inscrire dans une réflexion globale sur le cadre de réponse aux besoins et sur l'articulation entre la pratique et la formation. On ne peut pas se contenter de mesures au coup par coup, comme cela a pu arriver dans des discussions précédentes.

Au demeurant, le champ d'activité de certaines professions a été réduit, alors même qu'on aurait pu imaginer qu'elles jouent un rôle accru. Tel est le cas des pharmaciens, dont l'activité est parfois réduite à sa fonction marchande, ce qui ne correspond ni à leurs capacités ni à leur formation. Cet exemple n'est sans doute pas isolé. Je n'ai pas le sentiment que nous nous engageons véritablement dans la réflexion globale que j'appelle de mes vœux.

M. Cyrille Isaac-Sibille. De toute évidence, chacun ici souhaite travailler sur les professions intermédiaires de santé et les auxiliaires médicaux en pratique avancée, notamment pour améliorer leur coordination. Je remercie Mme la rapporteure d'apporter son soutien à la demande de mission « flash ». Confier une mission à la MECSS me semble moins approprié, car il s'agit, non pas de mener une évaluation et un contrôle, mais de formuler des propositions. Le Gouvernement nous remettrait son rapport sans doute bien tard. Il me semble donc essentiel de lancer une mission « flash » dès que possible, si Mme la présidente en est d'accord.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je prends bonne note de votre demande, cher collègue.

M. Jean-Pierre Door. J'ai indiqué tout à l'heure que l'amendement AS271 me semble tout à fait satisfaisant. Mme la rapporteure a validé le principe de l'harmonisation des statuts et des formations avancé par un sous-amendement. Il me semblerait également utile d'inclure dans l'objet du rapport l'aspect de la rémunération. Enfin, le délai d'un an me semble un peu long. Il serait souhaitable que nous disposions du rapport avant l'examen du PLFSS 2022, dans un an.

Mme Audrey Dufeu. Je considère également qu'il serait intéressant de travailler sur cet aspect de la rémunération en vue de la discussion dans l'hémicycle. Jean-Louis Touraine évoquait à l'instant les officiers de santé. Souvenons-nous que, jusqu'au siècle dernier, l'activité paramédicale était exercée par des bonnes sœurs qui faisaient preuve d'une dévotion totale, d'où découle la notion de gratuité. Cet héritage explique pourquoi il nous est difficile de rémunérer les professions paramédicales à leur juste valeur.

Mme Annie Chapelier. Mme la rapporteure a fait preuve d'une qualité d'écoute sans faille depuis que nous avons commencé à examiner le texte, tenant toujours compte de nos observations. Je lui fais donc entièrement confiance et suis prête à travailler avec elle pour introduire les besoins d'évolution et de réingénierie dans le rapport.

Mme Danielle Brulebois. Je fais également confiance à Mme la rapporteure et suis prête à travailler avec elle sur les CPTS.

Les sous-amendements sont retirés.

La commission adopte les amendements identiques, et l'article 1^{er} est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS212 et AS284 tombent, de même que les amendements AS8 de Mme Isabelle Valentin, AS93 et AS97 de M. Thibault Bazin, AS171 de M. Stéphane Viry, AS57 de Mme Marine Brenier, AS94 de M. Thibault Bazin et AS172 de M. Stéphane Viry.

Après l'article 1^{er}

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS42 de M. Bernard Perrut et AS173 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS42 vise à inclure dans le rapport prévu à l'article 1^{er} les orientations sans lesquelles il serait impossible d'entrer sereinement dans une phase plus active de l'essor des pratiques avancées. Comment la présente proposition de loi pourra-t-elle faire évoluer les choses si elle ne procède pas d'abord à un état des lieux ? Comment pourrions-nous mener des réflexions approfondies sans disposer d'éléments d'appréciation très concrets ? Tel est d'ailleurs l'objet des débats qui précèdent. Nous devons disposer de tout cela le plus rapidement possible, afin de pouvoir débattre et décider dans le respect des intérêts, voire des défiances, exprimés par les uns et les autres.

M. Stéphane Viry. Depuis une bonne heure, nous cherchons à déterminer la meilleure articulation possible entre les professions intermédiaires de santé et les autres, ce qui démontre que la présente proposition de loi porte sur un sujet important, mais qu'elle n'est peut-être pas tout à fait aboutie. Le présent amendement demande également la remise d'un rapport.

Mme la rapporteure. Je suggère le retrait des amendements, qui sont satisfaits. Nous venons de débattre abondamment du rapport d'évaluation.

Les amendements sont retirés.

L'amendement AS213 de Mme Annie Chapelier est retiré.

Article 1^{er} bis (nouveau) : *Extension et simplification des protocoles de coopération*

La commission examine l'amendement AS320 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement porte sur l'élargissement des protocoles locaux de coopération, limités au milieu hospitalier, au secteur médico-social et à l'exercice coordonné des soins en ville. Il rend également possible la transversalité des protocoles locaux de coopération. L'objectif est d'améliorer la coordination entre les divers professionnels de santé et de faciliter les prises en charge communes et graduées des patients.

Sont, en outre, explicitement mentionnées la possibilité de mettre en œuvre des protocoles de coopération inter-hospitaliers au sein d'un GHT – c'est une demande récurrente des acteurs de terrain – ainsi que la possibilité de recourir à la télésanté dans le cadre des protocoles de coopération.

M. Jean-Pierre Door. Je m'interroge sur l'articulation entre les protocoles de coopération, dont on peut envisager le développement de façon positive, et les CPTS, qui ont quelques années d'existence. Dès lors qu'il s'agit de faire évoluer la loi, j'aimerais obtenir des précisions à ce sujet, madame la rapporteure.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je remercie Mme la rapporteure de sa proposition, qui me semble aller véritablement dans le bon sens en vue d'améliorer la coopération, de gagner du temps médical en médecine de ville et d'améliorer le lien entre médecine de ville, hôpital et secteur médico-social. De tels protocoles de coopération permettraient, par exemple, de connecter les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes avec les CPTS et les unités d'urgences hospitalières, grâce à la télémédecine. J'appelle nos collègues à voter largement l'amendement.

Mme la rapporteure. Thomas Mesnier a donné un exemple de protocole de coopération. Il pourrait également en être établi, au sein d'une CPTS, entre un pharmacien et un médecin pour la délivrance de certains médicaments ; entre une CPTS et l'hôpital, je peux citer l'exemple d'une maison de santé de ma région qui est liée aux services d'urgence par un protocole de coopération article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires en vue de prendre en charge en ville les malades souffrant d'insuffisance respiratoire, de façon à réduire le nombre de leurs passages aux urgences. Il existe de nombreux exemples très concrets de protocoles de coopération au sein d'une CPTS, entre plusieurs CPTS ou plusieurs hôpitaux, ainsi qu'avec le secteur médico-social. Toutes les combinaisons sont possibles, notamment grâce à la télésanté.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement, que je découvre, me semble important. Les dispositions proposées sont significatives et méritent réflexion, je suis au regret de le répéter. Je suis très favorable aux coopérations entre établissements de santé, mais il faut s'interroger sur les rapports entre les diverses structures, qui sont parfois des rapports de domination. Il est bien plus fructueux d'installer des rapports de coopération. Une réflexion d'ensemble s'impose.

Mme Annie Chapelier. Je salue cet amendement qui favorise l'interopérabilité et la transversalité qui font défaut à l'heure actuelle. Nous le voterons.

Mme Jeanine Dubié. Le groupe Libertés et Territoires votera l'amendement, qui comble une lacune en matière d'organisation et de pratiques professionnelles. L'extension du dispositif au secteur médico-social et à l'exercice coordonné des soins en médecine de ville était nécessaire.

M. Didier Martin. On ne peut pas parler de rapports de domination. Dans l'exercice de la santé, chacun a sa responsabilité. Je puis témoigner que les rapports entre professionnels de santé se fondent sur la confiance réciproque. Les structures, ce sont des individus. La coopération entre l'hôpital et la médecine de ville, entre hôpitaux ou entre un établissement médico-social et un établissement de soins, repose sur la confiance et sur un discours sincère. Elle est faite d'entraide et de solidarité. La notion de domination ne correspond pas à la réalité du terrain.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 1^{er}

La commission est saisie de l'amendement AS13 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit d'intégrer dans la formation de toutes les professions paramédicales la possibilité de s'inscrire dans un cursus LMD.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

Lors de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et la transformation du système de santé, nous avons prévu une expérimentation visant à favoriser les échanges entre les formations de santé et à mutualiser les enseignements. Le décret d'application a été publié le 11 mai dernier ; les premières expérimentations ont commencé. Je partage le souhait de favoriser la transversalité des formations, mais il me semble prématuré de procéder à l'universitarisation de l'ensemble des professions paramédicales dès 2022.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS12 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement vise à revaloriser les professions de santé en utilisant l'outil de VAE, ce qui permettrait à certains professionnels d'améliorer leur situation, ainsi que leur rémunération.

Mme la rapporteure. Sur le fond, je partage l'objectif visé ; sur la forme, j'y suis défavorable. Nous pourrions débattre de ce sujet et formuler des propositions dans le cadre de la mission « flash ». Tel qu'il est rédigé, l'amendement permettrait de devenir médecin grâce à la VAE, ce qui me semble prématuré.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS99 de M. Thibault Bazin et AS215 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. L'amendement AS215 vise à élargir le champ potentiel des actes praticables par les personnels non médicaux à certains actes assistés par la technologie. Il s'agit de tirer profit du développement de la télémédecine. Cet amendement est frappé au coin du bon sens.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

Les coopérations doivent être placées sous la responsabilité d'un médecin. J'estime, moi aussi, que les nouvelles technologies représentent une réelle opportunité pour faire évoluer les professions de santé, et mon amendement précédemment adopté en tient compte.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Chapitre II

L'évolution de la profession de sage-femme

Avant l'article 2

La commission est saisie de l'amendement AS329 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Il s'agit de modifier l'intitulé du chapitre II pour tenir compte d'un amendement que je présenterai après l'article 2 et relatif aux capacités de prescription des masseurs kinésithérapeutes.

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

Article 2 : *Possibilité pour les sages-femmes de prescrire des arrêts de travail de plus de quinze jours*

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement AS174 de M. Stéphane Viry.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS266 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Nos auditions et nos débats ont démontré qu'il importe de supprimer la notion de référentiel. Les sages-femmes pourront prescrire des arrêts de travail sans limitation de durée, comme les chirurgiens-dentistes et les médecins. Il s'agit d'une disposition de bon sens et d'équité.

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

*En conséquence, les amendements identiques AS87 de Mme Jeanine Dubié et AS217 de Mme Annie Chapelier **tombent**.*

*La commission **adopte** l'article 2 **modifié**.*

Après l'article 2

*L'amendement AS216 de Mme Annie Chapelier est **retiré**.*

Article 2 bis (nouveau) : *Possibilité pour les sages-femmes de renouveler ou prolonger des arrêts de travail*

La commission est saisie des amendements identiques AS122 de Mme Danielle Brulebois et AS232 de Mme Aurore Bergé.

Mme Danielle Brulebois. Mon amendement vise à faciliter le travail des sages-femmes et la prise en charge des femmes enceintes en donnant aux premières la possibilité de renouveler un arrêt de travail initial prescrit par un médecin dans le cadre du

suivi de grossesse ou lors de la période postnatale. Cela évitera des dépenses supplémentaires liées à la consultation d'un médecin pour le simple renouvellement d'un arrêt de travail, ainsi que des déplacements parfois compliqués dans les territoires ruraux.

Mme Aurore Bergé. Alors que les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans le suivi des femmes tout au long de leur grossesse, elles voient souvent leur action entravée et leurs compétences insuffisamment reconnues. Un certain nombre de limites leur sont imposées. L'amendement AS266 de la rapporteure, que la commission vient d'adopter, autorise déjà les sages-femmes à prescrire des arrêts de travail au-delà de quinze jours. Mon amendement vise à préciser qu'elles peuvent prolonger ces arrêts de travail afin de pouvoir suivre leurs patientes tout au long de leur parcours, en particulier dans le cadre d'une grossesse, au lieu de les renvoyer vers un médecin. Par cet amendement, nous reconnaissons le travail essentiel des sages-femmes, nous améliorons la prise en charge de la santé des femmes et nous évitons à la collectivité un certain nombre de coûts potentiels.

Mme la rapporteure. Je suis favorable à ces deux amendements identiques, qui vont tout à fait dans le sens de la proposition de loi.

La commission adopte les amendements identiques.

Après l'article 2

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS68 de Mme Marine Brenier.

Article 2 ter (nouveau) : *Possibilité pour les sages-femmes de réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse*

La commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS1 de Mme Albane Gaillot, AS26 de Mme Jeanine Dubié et AS154 de Mme Marie-Noëlle Battistel ainsi que l'amendement AS2 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme Jeanine Dubié. J'ai l'impression de me répéter, car j'ai déjà défendu un amendement similaire hier soir, en séance publique, lors de l'examen en nouvelle lecture du PLFSS 2021.

Mon amendement AS26 est issu du rapport d'information relatif à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), adopté par la délégation aux droits des femmes, qui préconise de permettre aux sages-femmes de pratiquer des IVG par voie chirurgicale jusqu'à la dixième semaine de grossesse. Hier soir, dans le cadre du PLFSS, nous avons voté une expérimentation allant dans ce sens ; nous souhaitons ici pérenniser cette disposition en l'introduisant définitivement dans la loi. Cette avancée, très attendue, permettra de pallier le manque de médecins et donc de réduire les inégalités d'accès à l'IVG sur le territoire.

N'ayant pas pu m'exprimer sur mon amendement AS87, que l'adoption de votre amendement AS266 a fait tomber, je tiens à vous féliciter, madame la rapporteure, d'avoir entendu la demande des sages-femmes en supprimant la durée plafond des arrêts de travail qu'elles ont le droit de prescrire.

Mme Marie-Pierre Rixain. Comme le souligne l'Association nationale des sages-femmes orthogénistes, l'IVG médicamenteuse fait déjà partie du champ de compétence

des sages-femmes, au même titre que certains gestes médicaux ou chirurgicaux comme la révision utérine, la délivrance artificielle, le retrait d'implant ou la réfection d'épisiotomie. Comme le fait remarquer le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, les sages-femmes ont l'habitude des gestes endo-utérins. Il semble donc opportun de leur ouvrir la possibilité de réaliser des IVG chirurgicales sous anesthésie locale, afin qu'un plus grand nombre de praticiens soient habilités à pratiquer l'IVG, ce qui ne peut avoir que des effets bénéfiques sur l'effectivité de l'accès à cette dernière. Cette ouverture doit naturellement s'accompagner de l'exigence de formation théorique et pratique requise pour de telles opérations, de manière à garantir la santé des femmes et la prise en charge des éventuelles complications.

Aussi mon amendement, issu du rapport d'information relatif à l'accès à l'IVG adopté à l'unanimité par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, vise-t-il à permettre aux sages-femmes de pratiquer des IVG par voie chirurgicale jusqu'à la dixième semaine de grossesse. Il reprend les termes de l'article 1^{er} *bis* de la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale visant à renforcer le droit à l'avortement afin d'en accélérer le parcours législatif. Nous ne comprendrions donc pas très bien que cet amendement reçoive un avis défavorable.

Mme la rapporteure. Ces quatre amendements visent à ouvrir aux sages-femmes la possibilité de pratiquer des IVG instrumentales jusqu'à la dixième semaine de grossesse. Je suis favorable à l'amendement AS2 de Mme Rixain, qui reprend tel quel l'article 1^{er} *bis* de la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement, que nous avons adoptée en première lecture le mois dernier. En cohérence, je demande le retrait des trois autres amendements.

Mme Annie Chapelier. Mon amendement reprenait pourtant une disposition de la proposition de loi de Mme Gaillot, que nous avons adoptée le mois dernier.

Mme Jeanine Dubié. Je retire mon amendement car je comprends que celui qui va être adopté poursuit le même objectif. Cependant, je suis en train de chercher en quoi il diffère du nôtre...

Mme la rapporteure. Un amendement adopté en séance a ajouté, à l'article 1^{er} *bis* de la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement, les mots « profession médicale à part entière », qui ne figurent pas dans les amendements AS1, AS26 et AS154.

Les amendements identiques sont retirés.

La commission adopte l'amendement AS2.

Après l'article 2

La commission est saisie de l'amendement AS218 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Cet amendement est peut-être un peu redondant, puisque nous venons de voter la possibilité, pour les sages-femmes, de pratiquer des IVG instrumentales jusqu'à la dixième semaine de grossesse et que je ne propose ici qu'une expérimentation, du reste votée hier soir dans le cadre du PLFSS. Cependant, abondance de biens ne nuit pas, et il n'est pas forcément ridicule de sécuriser au maximum cette autorisation donnée aux sages-femmes de pratiquer des IVG instrumentales.

Mme la rapporteure. Cet amendement est entièrement satisfait par celui que nous venons d'adopter ainsi que par la disposition votée hier dans le cadre du PLFSS.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS221 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Au sein de ce chapitre II, qui s'intitule désormais « L'évolution des professions de sage-femme et de masseur-kinésithérapeute », j'ai déposé une série d'amendements travaillés avec l'ordre des sages-femmes et visant à élargir le champ de compétences de ces dernières.

Mon amendement donne aux sages-femmes la possibilité de prescrire au partenaire d'une femme enceinte les examens et bilans strictement nécessaires à la prévention et au dépistage, dans des conditions définies par arrêté. Cette mesure améliorera la prise en charge globale car, lorsqu'une sage-femme prescrit quelque chose à une femme enceinte, elle explique souvent à son partenaire qu'il a besoin de passer, lui aussi, des examens ou des bilans, et elle le renvoie alors vers un médecin généraliste. Or certains ne vont pas au bout de la démarche, entraînant une perte de prise en charge et une diminution de la qualité des soins.

Mme la rapporteure. Cet amendement me semble trop large et de nature à faire peser sur les sages-femmes des responsabilités très importantes. Néanmoins, votre préoccupation est en grande partie satisfaite par l'amendement suivant, AS290, qui précise les actes de prévention et de dépistage pouvant être prescrits par les sages-femmes et auquel je donnerai un avis favorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 quater (nouveau) : *Extension des capacités de prescription des sages-femmes en matière de dépistage et de traitement d'infections sexuellement transmissibles*

La commission examine l'amendement AS290 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement, que j'ai rédigé avec Didier Martin et plusieurs collègues du groupe La République en Marche, vise à élargir un peu le droit de prescription des sages-femmes, aujourd'hui strictement encadré. Nous proposons de l'étendre au cas précis du traitement des infections sexuellement transmissibles. Aujourd'hui, les sages-femmes peuvent prescrire un traitement à leurs patientes, mais pas au partenaire de ces dernières, alors même qu'il est nécessaire de traiter les deux membres du couple.

Mme la rapporteure. Je suis très favorable à cet amendement, qui améliore l'accès aux soins pour les deux partenaires et correspond à une demande forte des sages-femmes.

Mme Jeanine Dubié. L'adoption de cet amendement fera tomber mon amendement AS89, que je souhaite donc soutenir maintenant. Il est de bon aloi d'augmenter la capacité de prescription des sages-femmes tout en l'encadrant strictement dans le code de la santé publique, et d'assurer un suivi tant de la femme que de son partenaire.

Mme Annie Chapelier. Nous voterons cet amendement, même si je regrette qu'il se limite au dépistage et au traitement idoine. Les infections sexuellement transmissibles

nécessitent parfois certains bilans ou examens, que les sages-femmes seraient tout à fait à même de prescrire.

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

*En conséquence, les amendements AS30 de M. Guillaume Chiche et AS89 de Mme Jeanine Dubié **tombent**.*

Après l'article 2

La commission est saisie de l'amendement AS220 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Toujours dans le but d'élargir les compétences et les possibilités offertes aux sages-femmes, nous proposons de permettre à ces dernières de prescrire et de pratiquer la vaccination des femmes, enceintes ou non, et de l'entourage du nouveau-né.

Mme la rapporteure. La Haute Autorité de santé doit rendre en 2021 un avis sur l'élargissement des compétences vaccinales des professionnels de santé, notamment des sages-femmes. Il ne semble donc pas pertinent d'élargir dès maintenant les compétences des sages-femmes en matière de vaccination.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission est saisie de l'amendement AS33 de M. Guillaume Chiche.

Mme Annie Chapelier. Il s'agit d'autoriser les sages-femmes à réaliser, dans le cadre d'une expérimentation, des actes de télésurveillance et de télé-expertise.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, car les actes de télémédecine correspondent à l'une des grandes orientations de la négociation conventionnelle en cours.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS34 de M. Guillaume Chiche.

Mme Annie Chapelier. Nous proposons d'autoriser les sages-femmes à réaliser des « consultations longues IST-contraception », désormais dénommées « consultations longues santé sexuelle », pour l'ensemble des mineurs.

Mme la rapporteure. Je demande le retrait de cet amendement, car il est satisfait par l'article 34 *septies* du PLFSS 2021.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission examine les amendements identiques AS31 de M. Guillaume Chiche et AS88 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit de donner aux femmes enceintes la possibilité de déclarer à l'assurance maladie le nom de leur sage-femme référente. Cette mesure s'inscrit dans une volonté de renforcer le lien et la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital,

en créant des parcours coordonnés pour les femmes enceintes, car la périnatalité est souvent oubliée dans l'exercice coordonné.

Mme la rapporteure. Nous avons déjà débattu de cette question lors de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé au printemps 2019. Je partage votre préoccupation : il est essentiel que les femmes sachent qu'elles peuvent s'adresser à une sage-femme pour leur suivi régulier. En outre, il faut inciter les sages-femmes à participer à des équipes de soins primaires. Néanmoins, il est nécessaire d'assurer une bonne coordination entre les professionnels de santé : je ne suis donc pas favorable à une multiplication des référents.

Avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. Je prends acte de votre avis défavorable, mais votre réponse montre qu'il reste du travail à accomplir en vue de la création d'une profession médicale intermédiaire, qui était pourtant l'objet de l'article 1^{er}. Dès que nous commençons à proposer un dépassement de certaines compétences médicales, vous nous opposez un refus.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je soutiens ces amendements. Certains secteurs souffrent d'un manque criant de gynécologues, et des sages-femmes m'ont convaincue que la fonction de sage-femme référente répondait vraiment à un besoin. Cette mesure ne met pas du tout les femmes en danger ; au contraire, elle les sécurise.

La commission rejette les amendements identiques.

Elle en vient à l'amendement AS181 de Mme Caroline Janvier.

Mme Caroline Janvier. Cet amendement, qui correspond à une demande de longue date des sages-femmes, vise à créer un statut de sage-femme référente sur le modèle du médecin traitant, que nous connaissons bien et qui a fait ses preuves. Cela permettrait d'améliorer la coordination et la continuité des soins dont chaque femme peut bénéficier lors d'une grossesse. Nous savons tous ici que les sages-femmes, qui exercent de nombreuses compétences médicales auprès des femmes et des nouveau-nés, ont vocation à être des acteurs médicaux de premier recours auprès des femmes en bonne santé, particulièrement dans le contexte tendu que nous connaissons en matière de démographie médicale.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, pour les raisons évoquées précédemment.

M. Jean-Pierre Door. Le statut de médecin traitant ou de médecin référent a été créé pour lutter contre le nomadisme médical. Sauf erreur de ma part, les femmes enceintes ne changent pas de sage-femme au cours de leur grossesse. Le conseil de l'ordre et les syndicats de sages-femmes sont-ils favorables à cette mesure ?

Mme Caroline Janvier. Il me semble que les syndicats y sont favorables ; s'agissant du conseil de l'ordre, il faudrait vérifier.

La question de la lutte contre le nomadisme est pertinente, mais un professionnel de santé référent assure aussi des fonctions de coordination, de suivi du parcours et de porte d'entrée pour un certain nombre de prises en charge, qu'il convient de valoriser.

M. Brahim Hammouche. La création du statut de sage-femme référente ne vise pas à lutter contre le nomadisme, qui n'a pas lieu d'être dans le cadre de ce parcours, mais à

inscrire la sage-femme au cœur de la coordination et des prises en charge, en particulier pour tout ce que nous voulons mettre en place dans le cadre du « parcours 1 000 jours ». Je pense notamment aux entretiens prénataux précoces. Toutes ces prises en charge doivent être décidées très en amont et respecter un fil conducteur, autour d'une référente qui incarne ce suivi sur le long terme. La création de ce statut s'inscrit donc dans une démarche de prévention et de coordination, au plus près des besoins et des parcours.

Mme Annie Chapelier. Comme beaucoup d'entre vous, j'ai consulté régulièrement les différents ordres, syndicats et représentants des personnels médicaux : je confirme que la création du statut de sage-femme référente est une demande assez forte qui émane du corps des sages-femmes.

La remarque sur le nomadisme ne me paraît pas pertinente. Pour avoir beaucoup travaillé en maternité, je peux témoigner que le nomadisme est réel et même assez important, en particulier dans les milieux les plus précaires qui ont peu accès aux soins. Pour ces personnes précaires, la nomination d'une sage-femme référente serait un point positif.

Par ailleurs, la création de ce statut pourrait concrétiser une évolution statutaire devenue absolument indispensable pour les sages-femmes, ou tout du moins renforcer la reconnaissance statutaire dont elles ont besoin, en particulier à l'hôpital.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. La multiplication des référents coordonnateurs apporterait-elle une plus-value à la femme enceinte ? M. Door a expliqué que le statut de médecin référent a été créé pour éviter le nomadisme. Si l'on prend en considération sa fonction de coordination, ce médecin ne semble pas devoir être exclu de l'accompagnement d'une femme pendant sa grossesse et après l'accouchement. Nous parlons d'ailleurs d'un accompagnement limité dans le temps : après la réalisation éventuelle d'un programme d'accompagnement du retour à domicile ou d'un programme équivalent, qui peut être assuré par une sage-femme de ville, cet accompagnement cesse. Ainsi, je ne suis pas sûre qu'il soit dans l'intérêt de la femme de multiplier les référents ou les coordonnateurs.

L'intérêt du professionnel de santé doit être secondaire. Il faudrait que nous ayons un retour du terrain, pour savoir si les sages-femmes qui accompagnent les femmes enceintes sont mal repérées ou éprouvent des difficultés de coordination avec le médecin traitant. Je n'ai pas spécialement cette impression. En tout cas, il me semble qu'une femme enceinte ne peut pas avoir deux coordinateurs, deux référents. Nous risquerions de ne pas donner à ces sages-femmes référentes la mission qu'elles attendent.

Mme Annie Vidal. Marie Tamarelle-Verhaeghe a très bien exprimé mon sentiment.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS179 de Mme Caroline Janvier est retiré.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS65 de Mme Marine Brenier.

Puis elle est saisie de l'amendement AS151 de Mme Christine Cloarec-Le Nabour.

Mme Christine Cloarec-Le Nabour. Cet amendement vise à combler un vide juridique dans le parcours et les possibilités offertes aux étudiants et étudiantes sages-femmes. L'objectif est d'aligner leurs droits sur ceux des étudiants en médecine et des infirmiers en

leur permettant de bénéficier d'équivalences d'aide-soignant dès la validation de leur deuxième année d'études, et d'auxiliaire de puériculture dès la validation de leur troisième année d'études. Cette mesure permettrait d'apporter une aide essentielle aux services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie durant la crise et les périodes de congés estivaux, de donner à tous les étudiants, peu importe leur lieu d'exercice, les mêmes droits pendant leurs études, et de sécuriser juridiquement leurs conditions de travail lorsqu'ils effectuent de tels remplacements, notamment en termes de rémunération, de responsabilité civile et de dépassement de compétences.

Mme la rapporteure. Je suis, à titre personnel, extrêmement favorable au développement de passerelles et d'équivalences entre professions. Néanmoins, les dispositions que vous proposez relèvent du domaine réglementaire – vous écrivez vous-même, dans l'exposé sommaire de votre amendement, qu'un arrêté autorise déjà la délivrance du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture aux étudiants sages-femmes. Je vous invite donc à redéposer votre amendement en séance et à interpeller le Gouvernement sur ce sujet.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS138 de M. Bernard Perrut et AS222 de Mme Annie Chapelier.

M. Bernard Perrut. Cette proposition de loi n'a pas vocation à trancher sur le statut des sages-femmes au sein de la fonction publique hospitalière, mais cela ne doit pas nous empêcher d'en parler. Il nous faut évoquer leur encadrement, leur formation continue, la gestion de leurs carrières. Aussi mon amendement AS138 vise-t-il à amorcer la réflexion sur un sujet aussi important en demandant au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport, qui nous permettra d'accélérer la révision du statut des sages-femmes au sein de la fonction publique et d'évaluer l'application des textes existants, qui ne sont pas toujours très suivis.

Il paraît souhaitable que la profession de sage-femme intègre la catégorie des personnels médicaux hospitaliers et qu'elle se détache de celle des personnels paramédicaux, afin de garantir son caractère médical et de permettre un exercice en autonomie et indépendance défini dans le code de déontologie.

La gestion des postes doit se faire au titre des emplois médicaux ; une telle gestion est indispensable et cohérente avec la garantie de sécurité dont doivent bénéficier tant les patientes que les sages-femmes. Les postes de sages-femmes sont, d'un point de vue budgétaire, gérés au sein des pôles dans la catégorie du personnel non médical.

La formation continue doit être identique à celle des autres personnels médicaux et pharmaceutiques ; or les sages-femmes n'ont pas les moyens de remplir correctement leurs obligations en la matière, qui sont pourtant fondamentales. Ce n'est pourtant qu'en respectant ces obligations que les sages-femmes peuvent maintenir leurs compétences médicales.

Mme Annie Chapelier. Mon amendement est identique à celui de M. Perrut. Les exposés sommaires sont d'ailleurs quasiment similaires, dans la mesure où ils sont issus de nos discussions avec l'Ordre des sages-femmes.

Ce statut hybride rend délicate la position des sages-femmes au sein des centres hospitaliers. Il est désormais absolument indispensable de mener une réflexion sur ce sujet ;

c'est en demandant un rapport sur le statut des sages-femmes que nous proposons de l'engager.

Mme la rapporteure. Nous arrivons à une série d'amendements qui demandent des rapports au Gouvernement sur l'activité des sages-femmes ou sur leur statut. Je partage le souhait de leurs auteurs de faire mieux reconnaître et de valoriser la profession. Je doute néanmoins qu'un rapport du Gouvernement soit le moyen d'y parvenir.

Le Gouvernement s'est engagé à prendre des mesures de revalorisation de la profession. Un groupe de travail se réunira ainsi au premier semestre 2021, associé aux organisations syndicales de la fonction publique hospitalière et destiné à faire évoluer la grille indiciaire des sages-femmes. De plus, la réforme des décrets d'autorisation de l'activité d'obstétrique est engagée ; elle devrait permettre de développer la présence des sages-femmes au sein des équipes, en particulier dans les maternités de taille importante. Ensuite, le « parcours 1 000 jours » devrait se traduire par un renforcement des effectifs et du rôle des professionnels de la périnatalité, au premier rang desquels les sages-femmes. La pérennisation et la montée en charge des maisons de naissance, que nous avons votée hier dans le cadre du PLFSS 2021, représentera aussi une opportunité pour les sages-femmes désireuses d'exercer de manière autonome. Enfin, le Gouvernement s'est également engagé à étendre les possibilités de création de centres périnataux de proximité.

Je vous propose donc que nous attendions la mise en œuvre de ces différentes mesures pour éventuellement les analyser, par exemple dans le cadre d'une mission d'information.

Demande de retrait.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il est dommage d'accorder de nouvelles prérogatives aux sages-femmes, comme nous venons de le faire, pour n'aborder qu'ensuite la gestion de leurs carrières. Mieux aurait valu parler de ce dernier point avec les représentantes de la profession avant de prendre des dispositions. C'est une question que nous devons traiter sans tarder. Peut-être ces amendements sont-ils d'appel, destinés à obtenir des assurances sur le calendrier de négociation ; mais, en attendant la séance publique, je voterai l'amendement AS222, qui suggère que le rapport demandé débouche sur des propositions de révision du statut.

Mme Monique Iborra. Avant de réfléchir aux carrières et aux rémunérations des sages-femmes, il faudrait clarifier leur statut. Dans le code de la santé publique, la profession de sage-femme est classée parmi les professions médicales tandis que, sur le terrain, elle est assimilée aux professions paramédicales. Les sages-femmes n'ont jamais voulu trancher entre les deux statuts. Leurs difficultés, en particulier la méconnaissance de leur contribution par les concitoyens, viennent de là. Encore faudrait-il qu'elles acceptent de choisir entre le statut de profession médicale à l'hôpital, avec ses avantages et ses inconvénients, et l'activité libérale.

M. Brahim Hammouche. Sur ce point, les sages-femmes se sont prononcées, à en croire celles que nous avons reçues : elles souhaitent la consolidation du statut correspondant à une profession médicale à part entière. Et celles qui travaillent en salle de naissance et en périnatalité demandent que le décret de 1998 soit modifié, ce qui implique par définition l'action publique, pour être adapté à l'évolution des pratiques et de la démographie au sein de la profession.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS175 de M. Stéphane Viry.

M. Thibault Bazin. Comme l'a dit la rapporteure, nos demandes de rapport sont autant de demandes de reconnaissance du rôle des sages-femmes, qui est très précieux dans les territoires et au sein des établissements à des moments souvent délicats. À l'heure où nous cherchons à améliorer notre système de santé, elles attendent non plus des mots, mais des actes.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment. Peut-être pourriez-vous redéposer votre amendement en vue de la séance publique pour obtenir également une réponse du Gouvernement.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements AS281 de Mme Isabelle Valentin et AS286 de Mme Josiane Corneloup.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS5 de Mme Corinne Vignon.

Mme Corinne Vignon. Il s'agit de créer un nouvel article du code de la santé publique afin de moderniser la définition de la profession d'orthopédiste-orthésiste et de mieux reconnaître son champ d'intervention. Dans un souci d'équité, l'amendement permet aux orthopédistes-orthésistes d'obtenir le droit de renouvellement des prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires, comme leurs confrères pédicures-podologues. L'amendement tend, en outre, à porter à trois ans le délai de renouvellement des orthèses plantaires : le délai pendant lequel l'orthopédiste-orthésiste peut renouveler et adapter une prescription d'orthèses plantaires varie selon l'âge ou l'état de santé du patient ; en cas de modification significative de l'appareillage, l'orthopédiste-orthésiste doit systématiquement adresser un compte rendu d'intervention au médecin.

Mme la rapporteure. Votre amendement me semble relever en grande partie du domaine réglementaire. Néanmoins, je partage avec vous le souhait d'ouvrir aux orthopédistes-orthésistes la possibilité de renouveler les prescriptions d'orthèses plantaires, sous certaines conditions. Cette possibilité me semble également devoir être ouverte aux orthoprothésistes et aux podo-orthésistes. Je vous propose donc de retravailler votre amendement en vue de la séance, afin d'homogénéiser les capacités de prescription des différentes professions ayant des compétences similaires en matière d'appareillage en orthèses plantaires.

Demande de retrait.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission examine ensuite l'amendement AS14 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je propose la création à titre expérimental d'une consultation infirmière d'évaluation et d'orientation. La loi doit reconnaître que les infirmières peuvent faire partie intégrante des soignants de premier recours, au même titre que les médecins : elles jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins et à la sortie de l'hôpital, ainsi que dans les territoires qui manquent de médecins. Leurs tarifs sont dérisoires et cette création serait de

bon augure pour elles. De même, dans le cadre des négociations conventionnelles, j'avais été à l'initiative, avec Mme Buzyn et M. Revel, de la création de la consultation infirmière de télémédecine, car l'infirmière est le premier recours dans les territoires ruraux comptant des cabinets de télémédecine.

Mme la rapporteure. Ce que vous proposez est un exemple typique d'attribution possible des professions médicales intermédiaires – auxquelles vous étiez opposé – ou du rôle des IPA. Cela peut aussi relever des protocoles de coopération transversaux que nous avons adoptés après l'article 1^{er}.

Demande de retrait.

M. Jean-Pierre Door. Retirer l'amendement, ce serait le rendre invisible. Or je souhaite que, même rejeté, il figure au *Journal officiel* avec nos débats, pour que nous puissions, à partir de là, poursuivre sur cette voie dans le cadre des négociations conventionnelles entre la profession et le nouveau directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 quinquies (nouveau) : *Élargissement des capacités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes*

La commission est saisie de l'amendement AS330 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. L'amendement vise à permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé nécessaires à l'exercice de leur profession et non plus seulement des dispositifs médicaux. L'objectif est surtout de rendre effective la possibilité qui leur est déjà offerte de prescrire, par exemple, des substituts nicotiques.

La commission adopte l'amendement.

Chapitre III

L'attractivité du poste de praticien hospitalier dans les établissements publics de santé

Article 3 : *Simplification du recrutement des praticiens hospitaliers*

La commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS166 et AS165 de la rapporteure.

Elle examine ensuite l'amendement AS86 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit d'améliorer les possibilités de recrutement de praticiens hospitaliers. De fait, l'article 3 incite le Centre national de gestion, chargé de ces recrutements, à utiliser « toutes voies de simplification », sans autre précision. Nous proposons donc des recrutements plus réguliers, c'est-à-dire intervenant plus de deux fois par an.

Mme la rapporteure. C'est exactement l'objectif de l'article 3, qui satisfait donc implicitement votre amendement : simplifier pour pourvoir les postes le plus rapidement possible suppose de recruter au fil de l'eau. C'est ce vers quoi nous devons tendre.

Une concertation en cours entre la direction générale de l'offre de soins, le Centre national de gestion et les autres acteurs concernés vise à examiner la manière de simplifier la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers. Il est clair que les deux tours de recrutement ne seront pas maintenus en l'état. D'après les éléments dont je dispose, cette concertation est sur le point d'aboutir ; ses résultats devraient faire l'objet de textes réglementaires à l'été 2021, pour une application à compter de l'année suivante.

L'article 3 dans sa formulation actuelle fournira un cadre à cette réforme de la procédure réglementaire et permettra de surmonter d'éventuels blocages pour faire primer l'objectif d'efficacité, conformément à ce que réclament les acteurs de terrain.

Je vous propose donc de retirer votre amendement.

Mme Jeanine Dubié. La notion de recrutement au fil de l'eau, que vous évoquez, ne figure pas dans l'article. Je vais retirer mon amendement, mais j'en redéposerai en vue de la séance un autre qui contiendra cette notion.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 3 modifié.

Article 4 : *Expérimentation d'un processus de recrutement médical centralisé et réactif au sein des groupements hospitaliers de territoire*

La commission est saisie des amendements de suppression AS64 de Mme Marine Brenier et AS195 de Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. L'article 4 contrevient à l'esprit même de la création des GHT, qui n'avait en aucun cas pour but de procéder à une centralisation totale des pouvoirs au sein des établissements support.

Mme la rapporteure. Il n'est pas question de laisser le directeur de l'établissement support décider seul, de manière unilatérale, de créer des postes au sein du groupement. La rédaction actuelle a peut-être induit une ambiguïté sur ce point, que je dissiperai tout à l'heure en vous présentant un amendement supprimant le mot « seul ».

En réalité, selon les termes de l'article 4, le directeur de l'établissement support ne peut créer de poste que sur proposition conjointe du directeur et de la commission médicale d'établissement (CME) de l'établissement partie. Si la CME ne propose pas la création de poste, le directeur de l'établissement support ne peut rien décider du tout. Il ne pourra se prononcer que sur des créations de poste souhaitées par la communauté médicale.

En outre, je rappelle que cet article n'offre qu'une simple faculté à titre expérimental : dans les GHT qui n'ont pas atteint une maturité suffisante, les acteurs choisiront sans doute de ne pas y recourir dans un premier temps. Dans ce cas, les établissements continueront à créer des postes selon la procédure classique.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je soutiens les amendements. Même s'il ne s'agit que d'une expérimentation, quel en est l'intérêt ? Elle va dans le sens d'une plus grande intégration au sein des GHT et accorde un pouvoir supplémentaire au directeur de l'établissement support ainsi qu'au directeur général de l'ARS, qui peut s'opposer à la décision dans un délai d'un mois. C'est très pyramidal !

Mme Gisèle Biémouret. Je l'ai dit, les GHT n'ont pas fait l'objet d'une véritable évaluation. Or tous ne fonctionnent pas bien. Je pourrais écrire un livre sur mes dix ans à la présidence du conseil de surveillance d'un petit hôpital relevant d'un GHT du Gers : on a beau prendre des décisions au niveau législatif, il faut ensuite, sur le terrain, faire avec les hommes et les femmes qui les appliquent, et ce n'est pas simple. Chaque directeur d'hôpital doit donc conserver son autonomie.

Mme Annie Vidal. Supprimer l'article 4, ce serait se priver d'une vision globale des postes de praticiens dans un territoire donné, pourtant très attendue, et de la possibilité de permettre aux établissements d'un GHT, après avis des instances, de créer les postes requis de manière à renforcer une offre de soins insuffisante dans bien des secteurs.

M. Thibault Bazin. Je suis un peu étonné de cette discussion, car la réforme qui les a institués venait des socialistes ! Désormais, les socialistes En marche veulent aller encore plus loin grâce à l'article 7, ce qui nous pose problème. En réalité, les GHT iraient mieux si nous n'en parlions plus et si nous leur laissions le temps de bien s'installer, en concertation avec les acteurs locaux.

M. Didier Martin. Voilà deux manières d'aborder la réalité : l'une est politique, l'autre est pragmatique. Les praticiens hospitaliers sont là pour servir, ils servent, et le font là où on a besoin d'eux ; c'est le sens des GHT.

La commission rejette les amendements de suppression.

Puis elle examine l'amendement AS15 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'article 4 est source de conflits, on le sait. La décision de nomination d'un praticien hospitalier au sein d'un hôpital comme d'un GHT doit revenir au directeur de l'hôpital, sur proposition du président de la CME. Une fois que le praticien a ainsi été choisi, il relève de la commission médicale du groupement et des oppositions peuvent se manifester au niveau du GHT ou de l'ARS. Mais maintenons le choix lui-même à l'échelon local, conformément à ce qui s'est toujours fait. Comment pourrait-on savoir, en haut de l'échelle, si le praticien est bon ? Évitions de créer des conflits et des querelles de préséance. Nous ne proposons pas la suppression de l'article, mais sa modification en ce sens.

Mme la rapporteure. L'article permet d'assurer la cohérence entre le projet médical du groupement et la création de postes proposée par la CME, c'est-à-dire par les médecins, pour faire progresser le GHT et, parfois, évoluer le poste de praticien hospitalier. Cela correspond à une demande de certains praticiens hospitaliers. Il ne s'agit que d'une expérimentation. Vous proposez le *statu quo*, ou presque.

Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Nous proposons ce que veulent les directeurs des hôpitaux de France. Il ne faut pas aller du sommet vers la base, mais de la base vers le sommet.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS41 de M. Bernard Perrut et AS259 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Bernard Perrut. L'article 4 pose au moins quatre problèmes.

Premièrement, l'avis de la CME n'est qu'un avis simple et le directeur peut décider seul, alors que les professionnels de santé demandent une codécision de la CME, ce qui semble cohérent avec la fonction concernée comme avec la volonté affichée de toutes parts de remédicaliser la gouvernance des hôpitaux.

Deuxièmement, les GHT sont très divers dans leur organisation comme dans leur intégration. Une décision quasi unilatérale pourrait créer des tensions au sein de la gouvernance au lieu de favoriser la confiance comme on le souhaite afin de pouvoir faire évoluer nos structures.

Troisièmement, des concertations sont en cours, concernant notamment le développement des directions des affaires médicales de territoire auprès des GHT.

Enfin, en droit de la fonction publique, celui qui recrute est aussi celui qui sanctionne et révoque. La procédure de nomination envisagée priverait le directeur d'établissement de ces prérogatives au profit d'un GHT, ce qui n'est pas cohérent.

Mon amendement a donc pour objet que toute création de poste de praticien pour un service donné se fasse sur proposition conjointe, pour chaque établissement partie au GHT, du directeur et du président de la CME.

M. Jean-Louis Touraine. Mon amendement tend à rendre l'alinéa 2 plus lisible, plus précis et plus simple en retirant la proposition très controversée selon laquelle le directeur de l'établissement support pourrait décider seul de la nomination d'un praticien hospitalier, ce qui n'est pas conforme à l'esprit de la présente proposition de loi. Je souhaite que la création d'un poste de praticien hospitalier se fasse sur proposition conjointe, pour chaque établissement partie du GHT, du directeur et du président de la CME, et que la commission médicale de groupement rende un avis sur la conformité de l'ensemble des postes proposés au projet médico-soignant partagé. Il s'agit de faire participer les instances médico-administratives et les paramédicaux aux nominations de praticiens hospitaliers, au lieu que celles-ci soient imposées par une seule personne.

Mme la rapporteure. La reformulation proposée ne me convainc pas entièrement : la formulation passive « peut être autorisé » rendrait moins opérationnelle la possibilité donnée au directeur de l'établissement support de créer des postes. M. Touraine a déposé un autre amendement, identique au mien, visant à supprimer le mot « seul » ; je vous proposerai de vous rallier plutôt à cette rédaction, qui apporte la clarification nécessaire.

En revanche, je suis intéressée par l'idée d'examen par la commission médicale de groupement de la conformité de la création de poste au projet médico-soignant partagé du GHT. Je suggère donc que nous travaillions ensemble à un amendement visant à introduire cette précision en vue de la séance publique, sur le fondement de la formulation présente à l'article 4.

Dans l'intervalle, je vous propose de retirer votre amendement.

M. Didier Martin. Mes chers collègues, s'il vous plaît, ne confondons pas création de poste et nomination !

M. Bernard Perrut. Madame la rapporteure, un amendement signé de vous pourrait-il prendre en considération les éléments que nous avons soulevés ? Sinon, nous maintenons le nôtre.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Mme la rapporteure vous a proposé de retravailler l'idée en vue de la séance.

M. Bernard Perrut. Dans ce cas, je retire l'amendement, dès lors que vous acceptez, madame la rapporteure, de nous associer à cette démarche d'amélioration.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Vous avez l'engagement de Mme la rapporteure !

M. Bernard Perrut. Je n'ai aucun doute sur ce point.

Les amendements sont retirés.

L'amendement AS155 de M. Cyrille Isaac-Sibille est retiré.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette successivement les amendements AS66 de Mme Marine Brenier et AS117 de Mme Perrine Goulet.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS143 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Cet amendement va dans le même sens que ceux qui viennent d'être abordés, mais nous souhaitons préciser que l'avis de la commission médicale de groupement doit être conforme.

Mme la rapporteure. Défavorable : cela alourdirait le processus de décision alors que nous essayons de le simplifier et de l'accélérer. Tel qu'il est prévu, l'avis de la commission médicale de groupement – qui inclut des représentants de la CME – est suffisant.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS27 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. L'article permet au directeur général de l'ARS de s'opposer à la décision dans un délai d'un mois, ce qui me paraît contraire à son objectif de simplification. Nous proposons donc que l'avis du directeur général de l'ARS soit pris, mais en amont, afin de ne pas empêcher la création de poste décidée localement.

Mme la rapporteure. Alors que l'article vise à simplifier et à rendre plus attractives les créations de postes, avancer le stade auquel l'avis de l'ARS est requis ralentirait le processus. D'autre part, lors de leur audition, les représentants des directeurs généraux d'ARS nous ont fait observer qu'ils n'avaient pas à intervenir à ce stade : ils attribuent aux hôpitaux les budgets qui permettent de créer les postes, mais n'ont pas à donner d'avis sur les personnes pressenties.

Avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. Nous parlons de la création du poste, non du choix de l'homme ou de la femme qui l'occupera. En autorisant le directeur général de l'ARS à s'opposer à la décision une fois qu'elle a été prise, vous lui redonnez le pouvoir, puisque c'est lui qui fixe les dotations de l'établissement. Autrement dit, on ne raisonne plus à partir des besoins de l'établissement, évalués localement, mais de manière budgétaire, en se demandant si les dotations allouées à l'établissement permettent ou non le recrutement d'un praticien. Votre réponse n'est donc pas adaptée.

Mme la rapporteure. La proposition de loi vise à inspirer confiance aux acteurs. De ce point de vue, quand les commissions médicales de groupement, c'est-à-dire les professionnels, se mettent d'accord avec le directeur sur la création d'un poste, il me paraît étonnant de vouloir demander l'avis du directeur général de l'ARS *a priori*.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS168 de la rapporteure, AS223 de Mme Annie Chapelier, AS243 de M. le rapporteur général, AS260 de M. Jean-Louis Touraine et AS265 de M. Didier Martin.

Mme la rapporteure. Il s'agit de supprimer le mot « seul », qui prêtait à confusion ou à discussion sur la possibilité pour le directeur de décider tout seul.

M. le rapporteur général. C'est une correction bienvenue.

M. Jean-Louis Touraine. En effet. Mon amendement en ce sens est de repli par rapport à mon précédent amendement. Votre accord, madame la rapporteure, pour supprimer cette prise de décision seul et pour retravailler d'ici à la séance à la notion de conformité au projet médico-soignant partagé nous satisfait entièrement, comme il satisfera les différentes personnes auditionnées au cours des dernières semaines et qui souhaitaient que la décision soit partagée.

M. Didier Martin. Il s'agit en somme d'un amendement de cohérence, qui vient d'être très bien défendu.

M. Jean-Pierre Door. Madame la rapporteure, vous ne faites que la moitié du chemin. Vous supprimez le terme « seul », mais l'article continuera de disposer que le directeur de l'établissement support du GHT décide de la création des postes de praticien hospitalier. Je ne suis pas d'accord. Les hôpitaux secondaires d'un GHT doivent pouvoir ouvrir des postes. C'est à leur directeur et à leur CME de dire s'ils veulent un praticien dans tel ou tel service, non au directeur du GHT d'accepter ou de refuser. Sinon, il y aura des conflits. Il suffit pour le prévoir d'observer ce qui se passe dans certains GHT. Au moment de leur création, nous avons débattu pendant des mois avec le Dr. Martineau, chargé de la mission sur la mise en place des GHT. Il faut conserver les prérogatives des hôpitaux secondaires au lieu de leur couper l'herbe sous le pied en transmettant tout au GHT en matière de pratiques médicales et de spécialités, que ce soit en chirurgie vasculaire, en chirurgie urologique, en cardiologie... Il faut continuer de faire confiance à ces hôpitaux. Il y va aussi de la défense de la proximité.

M. Thibault Bazin. Si l'on veut améliorer notre système de santé, il faut donner plus de souplesse et de liberté aux directeurs des établissements secondaires, au lieu de concentrer les décisions alors que les intérêts peuvent être divergents, notamment dans de très gros GHT

– de ce point de vue, madame la rapporteure, votre amendement à l'article 7, destiné à rectifier le tir, est un aveu. Ainsi, il faut s'assurer que les centres hospitaliers régionaux universitaires s'intéressent à l'ensemble de la région, et non uniquement à leur GHT. Il convient donc d'adapter la rédaction pour laisser davantage d'autonomie aux établissements.

M. Didier Martin. Sur ce point, nous divergeons complètement. Il n'est pas question de souplesse ou de liberté, mais de l'emploi de praticiens hospitaliers publics, financé par de l'argent public. Il n'y a pas dans les GHT d'établissements « secondaires », de même qu'il n'y a pas de praticiens secondaires, mais des établissements parties, sans hiérarchie. Cela dit, on observe parfois dans des établissements du groupement des recrutements de praticiens hospitaliers de valeur qui ont tendance à réduire les ressources humaines de l'établissement support, lequel n'arrive pas à maintenir ses effectifs ni à donner à ses postes la même attractivité. Or il faut faire preuve de cohérence s'agissant d'emploi public et des besoins médicaux d'un territoire.

Mme la rapporteure. Revenons au texte. Il y est inscrit qu'il s'agit d'une expérimentation, destinée aux GHT qui le souhaitent. Le processus décrit est le suivant : c'est à la demande de la commission médicale de groupement – composée de personnes appartenant aux établissements de proximité qui viennent d'être évoqués, autres que l'établissement support –, laquelle exprime le besoin d'un poste, que le directeur crée ce poste, et l'ARS intervient ensuite. Bref, il s'agit simplement de confiance. On est très loin de ce que visent les arguments qui nous sont opposés.

La commission adopte les amendements identiques.

En conséquence, l'amendement AS28 de Mme Martine Wonner tombe.

La commission examine ensuite les amendements identiques AS127 de M. Jean-Louis Touraine, AS144 de Mme Valérie Six et AS191 de Mme Annie Chapelier.

M. Jean-Louis Touraine. Je propose la suppression du contrôle par le directeur général de l'ARS sur la création de postes de praticien hospitalier. Ce dispositif reviendrait notamment à doter le directeur général de l'ARS d'un pouvoir de contrôle de gestion, ce qui ne paraît pas souhaitable pour l'autonomie des établissements. Le Dr. Jean-Yves Grall, représentant le collège des directeurs généraux d'ARS, a lui-même indiqué lors de son audition qu'il ne souhaitait pas cette mission supplémentaire, car elle ferait du directeur général de l'ARS l'arbitre d'un jeu qui n'est pas le sien.

Mme la rapporteure. Avis favorable. Les arguments de M. Touraine répondent à ceux précédemment avancés par Mme Dubié sur le même sujet.

La commission adopte les amendements identiques.

En conséquence, l'amendement AS202 de Mme Gisèle Biémouret tombe.

La commission adopte l'article 4 modifié.

La réunion s'achève à treize heures quinze.
