

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

– Examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi,  
modifiée par le Sénat, visant à améliorer le système de  
santé par la confiance et la simplification (n° 3898)  
(Mme Stéphanie Rist, rapporteure)..... 2

Mardi

9 mars 2021

Séance de 21 heures

Compte rendu n° 57

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

**Présidence de  
Mme Fadila Khattabi,  
Présidente**



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 9 mars 2021

*La séance est ouverte à vingt et une heures.*

---

*La commission examine, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, modifiée par le Sénat, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n° 3898) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure).*

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Chers collègues, mardi dernier, la commission mixte paritaire qui avait pour mission d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification n'est pas parvenue à un accord, nous procéderons à une nouvelle lecture de ce texte en séance publique le jeudi 18 mars.

Je rappelle qu'à partir de la deuxième lecture ou de la nouvelle lecture, en application de l'article 45 de la Constitution, il n'est plus possible pour les parlementaires, comme pour le Gouvernement, d'introduire de dispositions nouvelles dans le texte. C'est la raison pour laquelle les amendements qui ne respectaient pas cette règle ont été déclarés irrecevables.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** La commission mixte paritaire de la semaine dernière ne nous a malheureusement pas permis d'aboutir à un accord avec nos collègues sénateurs sur ce texte. Je le regrette vivement. Toutefois, je tiens à souligner que, peut-être plus encore qu'à l'habitude, la navette parlementaire a considérablement enrichi ce texte.

Tout d'abord, elle a permis de préciser les dispositions initiales de la proposition de loi, qui ont beaucoup évolué au cours des débats, à l'Assemblée comme au Sénat, en commission, puis en séance. Je me félicite de ces évolutions, qui montrent la plus-value et le sérieux du travail parlementaire.

Surtout, nos travaux et ceux du Sénat ont permis de faire émerger de nouveaux sujets nous tenant à cœur en tant que parlementaires, mais qui sont aussi très importants pour les acteurs du terrain.

Ainsi, au terme de son examen en première lecture par nos deux assemblées, cette proposition de loi, qui comptait seulement quinze articles initialement, rassemble désormais neuf articles adoptés ou supprimés conformes et quarante-six articles encore en discussion. Dix-sept articles nouveaux ont été ajoutés par le Sénat.

Plusieurs propositions de notre Assemblée ont fait l'objet d'un consensus, ce que reflètent les articles adoptés conformes au Sénat.

C'est notamment le cas de l'élargissement des compétences des sages-femmes. Le Sénat a adopté les articles, très attendus sur le terrain, permettant aux sages-femmes de prescrire enfin des arrêts de travail de plus de quinze jours et de les renouveler. Cela permettra à la fois de mieux reconnaître les compétences des sages-femmes et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le Sénat a par ailleurs adopté conformes la plupart des articles visant à simplifier la gouvernance des organismes mutualistes. Les dispositions votées permettront de protéger les mutuelles et la logique de solidarité qu'elles promeuvent.

Nous avons également convergé sur la simplification des démarches des personnes en situation de handicap. Considéré comme une priorité par la majorité depuis le début de la législature, ce chantier connaît, à travers ce texte, un progrès décisif, avec la mise en place d'une plateforme numérique pour centraliser les démarches de ces personnes et de leurs aidants.

Un certain nombre de dispositions adoptées au Sénat constituent de réelles avancées pour notre système de santé, qu'il convient de préserver.

Je pense notamment à l'extension des compétences de certains professionnels de santé. Je salue ainsi la possibilité, introduite au Sénat, pour les ergothérapeutes de prescrire des dispositifs médicaux, notamment des aides techniques. Je me félicite également de la disposition votée au Sénat permettant la pleine entrée en vigueur de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes en matière d'adaptation de prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie. Je salue aussi l'extension des compétences des orthophonistes en matière d'adaptation et de renouvellement des prescriptions médicales d'actes d'orthophonie.

Malheureusement, l'écart séparant les deux chambres s'est illustré sur plusieurs points de la proposition de loi. C'est en particulier le cas sur les protocoles de coopération, prévus à l'article 1<sup>er</sup> *bis*, auxquels je tiens beaucoup. Ce dispositif permet aux professionnels de santé travaillant en équipe de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. La mise en place des protocoles de coopération a été récemment simplifiée par la loi d'accélération et de simplification de l'action publique, dite « ASAP ». L'Assemblée a adopté, à mon initiative, des dispositions permettant d'étendre ces protocoles de coopération simplifiés au secteur médico-social et à l'exercice coordonné en ville. Le Sénat, lui, est revenu sur les dispositions de la loi « ASAP », rendant ainsi beaucoup plus complexe, voire impossible, la mise en place de protocoles de coopération. Je proposerai évidemment le rétablissement de cet article.

En ce qui concerne la gouvernance hospitalière, je me réjouis que le Sénat partage notre vision sur le principe fondamental posé par cette proposition de loi : redonner de la place aux soignants. Nous sommes également d'accord sur certaines propositions concrètes, notamment celles issues du rapport du professeur Claris.

Toutefois, des désaccords importants sont apparus sur plusieurs points de la rénovation de la gouvernance hospitalière. Une première divergence porte sur la dissociation du statut de directeur des soins et de président de la commission des soins, à l'article 6. Cette dissociation, qui n'est pas demandée par les acteurs du terrain, déstabiliserait la gouvernance et nuirait à l'attractivité des postes de directeur de soins.

Le Sénat a également supprimé, à l'article 9, la possibilité pour des étudiants d'être membres du directoire, qui me tient très à cœur. De même, il a supprimé l'article 11, relatif au projet de management des établissements de santé, alors que cette attente avait été exprimée lors du Ségur de la santé et que de nombreux amendements, de tous les bancs, avaient été adoptés en première lecture sur cet article.

Sur ces sujets de gouvernance hospitalière, je proposerai le retour aux rédactions issues de l'Assemblée, notamment sur ces derniers points, tout en essayant au maximum de maintenir les rédactions issues du Sénat lorsque c'est possible.

Enfin, une divergence fondamentale est apparue au sujet de la nécessaire lutte contre les dérives de l'intérim médical.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a permis de plafonner par voie réglementaire la rémunération des prestations d'intérim. Toutefois, malgré ce signal extrêmement fort, le cadre réglementaire fixé reste très insuffisamment respecté et appliqué. Il est temps désormais de se montrer le plus ferme possible contre ces pratiques abusives, qui grèvent les finances de petits hôpitaux publics. Il faut, pour cela, doter les agences régionales de santé (ARS) d'outils dissuasifs. C'est l'objet de l'article 10 de la présente proposition de loi. Aussi, la suppression pure et simple par le Sénat de cet article en séance publique est, pour moi, inconcevable. Je proposerai, ainsi que nombre de nos collègues, le rétablissement de l'article 10 dans sa version adoptée à l'Assemblée en première lecture.

En résumé et pour conclure, j'aborde cette nouvelle lecture dans un esprit d'ouverture à l'égard des propositions du Sénat, sans pour autant renoncer aux évolutions importantes adoptées à l'Assemblée en première lecture.

## Chapitre I<sup>er</sup>

### Exercice en pratique avancée et protocoles de coopération

**Article 1<sup>er</sup> :** *Demande de rapport sur les pratiques avancées et les protocoles de coopération*

*La commission est saisie, en discussion commune, des amendements identiques AS22 de M. Julien Borowczyk, AS54 de Mme Valérie Six, AS71 de Mme Annie Chapelier et AS79 de M. Jean-Louis Touraine, faisant l'objet du sous-amendement AS109 de la rapporteure, ainsi que de l'amendement AS23 de M. Julien Borowczyk.*

**M. Julien Borowczyk.** Je veux faire amende honorable sur l'article 1<sup>er</sup>. Au tout début de la discussion, lorsque nous avons abordé le sujet de la profession intermédiaire, j'étais inquiet, sans doute par manque de connaissance de ce que pouvait représenter le travail en pratiques avancées. Mon amendement vise à rétablir l'article 1<sup>er</sup> tel que nous l'avions adopté en première lecture. Il est essentiel que la pratique avancée soit mieux connue, mieux définie et mieux organisée, afin d'en saisir toute l'utilité.

**Mme Valérie Six.** Mon amendement vise à rétablir l'article voté en première lecture à l'Assemblée nationale. Il nous semble important que le Gouvernement puisse remettre un rapport sur la mise en place des auxiliaires médicaux en pratiques avancées et les protocoles de coopération.

La pratique avancée a été ouverte par la loi santé de 2016 et vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur les pathologies ciblées.

Elle favorise également la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise.

Trois domaines sont concernés : les pathologies chroniques stabilisées ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique et la dialyse.

Ainsi, ce rapport, solution de repli suite à la proposition initiale de création d'une profession intermédiaire, présente l'avantage de dresser le bilan des dispositifs existants, dont le déploiement n'a pas encore porté tous ses effets. Il permettra d'envisager toute nouvelle évolution, potentiellement déstructurante, pour garantir ensuite un développement des pratiques avancées efficace et efficient.

**M. Paul Christophe.** Je me fais l'écho de notre collègue Annie Chapelier, très mobilisée à nos côtés sur ce sujet.

Le rapport prévu vise à dresser un état des lieux de l'exercice en pratique avancée et des protocoles de coopération. Les propositions qui en seraient issues permettraient d'accélérer le déploiement de ces dispositifs auxquels nous souscrivons, de les simplifier et de les améliorer, en particulier dans le double objectif d'un décloisonnement des professions de santé et d'un meilleur accès aux soins.

Il vise également à remettre à plat les parcours de formation de ces professions et à présenter les nécessités de leur évolution dans le cadre de l'universitarisation entamée et du développement des pratiques avancées, très attendus par ces professionnels, et sur lequel certaines professions se sont déjà projetées. Nous voulons donc rétablir l'écriture proposée à l'issue de nos travaux en première lecture.

**Mme Annie Vidal.** L'amendement AS79 rétablit l'article 1<sup>er</sup> adopté en première lecture à l'Assemblée nationale. Il propose ainsi la remise d'un rapport sur le déploiement des auxiliaires en pratique avancée, dans le double objectif d'un décloisonnement des professions de santé et d'un meilleur accès à la santé.

**Mme la rapporteure.** Mon sous-amendement prévoit que le rapport remis par le Gouvernement étudie également l'opportunité d'ouvrir un accès direct, sous certaines conditions, aux soins de masso-kinésithérapie.

**M. Julien Borowczyk.** Par l'amendement AS23, il s'agit de revenir à la rédaction initiale de l'article 1<sup>er</sup> et de prendre également en compte la problématique des infirmiers anesthésistes qui pourraient servir de modèle en matière de pratique avancée.

En première lecture, j'avais fait ajouter le terme de « responsabilité » qui me tenait à cœur. Le rapport sur l'état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée pourrait prendre pour modèle les pratiques avancées des infirmiers anesthésistes, qui s'articulent autour d'une formation, d'un cadre protocolaire, d'une responsabilité et d'une réactivité dans la prise en charge globale du patient.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable aux amendements identiques, et une demande de retrait de l'amendement AS23, qui est satisfait s'agissant de l'indication de la responsabilité. Il me semble que le débat sur les infirmiers anesthésistes pourrait se tenir en séance.

**M. Julien Borowczyk.** Je proposais plutôt de procéder en sens inverse en prenant ce métier comme modèle. Toutefois, dans la mesure où il est pour partie satisfait, je retire cet amendement.

**M. Pierre Dharréville.** Je constate que ce texte commence par une demande de rapport au Gouvernement. Cela pourrait susciter de longues discussions... J'espère que le Gouvernement pourra honorer cette commande dans les mois qui viennent car le délai est largement dépassé pour le rapport sur le non-recours au droit que nous avons demandé.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Nous l'espérons tous avec vous !

*L'amendement AS23 est retiré.*

*Successivement, la commission adopte le sous-amendement, et les amendements identiques sous-amendés.*

*En conséquence, l'article 1<sup>er</sup> est ainsi rétabli.*

**Article 1<sup>er</sup> bis AA :** *Assimilation des infirmiers anesthésistes aux infirmiers de pratique avancée*

*La commission adopte l'article 1<sup>er</sup> bis AA sans modification.*

**Article 1<sup>er</sup> bis A :** *Coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale*

*La commission est saisie de l'amendement AS60 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.*

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Cet amendement vise à rétablir l'article que nous portions en première lecture avec nos collègues Cyrille Isaac-Sibille et Agnès Firmin Le Bodo et qui a été supprimé par le Sénat.

Il s'agit d'inscrire au niveau législatif la coopération entre médecins, infirmiers, psychologues et assistants de service social de l'éducation nationale, au même titre que la coopération indispensable entre professionnels de santé pour le bien des citoyens, mise en évidence précédemment.

Alors que ces quatre corps de métier font preuve, comme bien d'autres professionnels de santé, d'une implication de tous les instants dans la crise sanitaire, la défense de cet amendement me donne l'occasion de saluer publiquement leur travail. Cette crise nous a fait prendre davantage conscience de l'importance à prendre soin de la santé de tous, et dès le plus jeune âge.

Dans l'attente d'une réforme globale et ambitieuse, la survie de la santé scolaire dépend en grande partie de la coopération des professionnels de santé et assistants de service social de l'éducation nationale. Une telle coopération favorisera un accès à la santé pour tous et luttera contre les inégalités de destin. C'est la raison pour laquelle je vous propose de rétablir l'article 1<sup>er</sup> bis A.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 1<sup>er</sup> bis A est ainsi rétabli.*

**Article 1<sup>er</sup> bis :** *Protocoles locaux de coopération*

*La commission est saisie, en discussion commune, des amendements AS97 de la rapporteure et AS67 Mme Delphine Bagarry.*

**Mme la rapporteure.** Mon amendement vise à revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale, en ajoutant la possibilité pour les services médico-sociaux de signer des protocoles locaux de coopération.

**M. Guillaume Chiche.** L'amendement AS67 propose également de reprendre la rédaction de l'article 1<sup>er</sup> *bis* tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, à cette différence qu'il ne propose pas d'ajouter la possibilité pour les services médico-sociaux de signer les protocoles locaux de coopération. C'est la raison pour laquelle je le retire au profit de celui de la rapporteure.

*L'amendement AS67 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS97.*

*En conséquence, l'article 1<sup>er</sup> bis est ainsi rédigé.*

**Article 1<sup>er</sup> ter A :** *Participation de représentants du ministre en charge du handicap au comité national des coopérations interprofessionnelles*

*La commission adopte l'article 1<sup>er</sup> ter A sans modification.*

## Chapitre II

### L'évolution des professions de sage-femme, de pharmacien et de certains auxiliaires médicaux

#### Avant l'article 2

*La commission est saisie de l'amendement AS98 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement modifie l'intitulé du chapitre II en cohérence avec les amendements de suppression des articles 2 *septies* et 2 *decies*.

*La commission adopte l'amendement.*

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

*La commission est saisie de l'amendement AS80 de Mme Aurore Bergé.*

**Mme Annie Vidal.** Cet amendement rétablit l'article tel qu'adopté en première lecture à l'Assemblée nationale. En effet, la précision introduite par le Sénat selon laquelle la prolongation de l'arrêt de travail est décidée par la sage-femme prescriptrice de l'arrêt de travail initial limite la portée de l'article, ce qui n'est pas souhaitable dans un objectif de confiance aux acteurs.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 2 bis, modifié.*

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

*La commission est saisie, en discussion commune, des amendements AS81 du rapporteur général et AS18 de M. Guillaume Chiche.*

**M. Thomas Mesnier, rapporteur général.** Cet amendement vise à rétablir l'article 2 quater tel qu'adopté en première lecture à l'Assemblée nationale afin de permettre la prescription de dépistage d'infections sexuellement transmissibles (IST) et les traitements d'IST listés par arrêté à leurs patientes et aux partenaires de leurs patientes par les sages-femmes.

**M. Guillaume Chiche.** Cet amendement vise à offrir la possibilité aux sages-femmes de dépister les infections sexuellement transmissibles comme cela était initialement prévu par le texte approuvé par notre assemblée, mais également à autoriser les sages-femmes à prescrire les examens complémentaires nécessaires à la prise en charge des IST.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable à l'amendement AS81 et défavorable à l'amendement AS18, qui prévoit que les sages-femmes peuvent également prescrire des bilans et examens complémentaires. Comme nous l'avons déjà souligné en première lecture, la notion de bilans et d'examen complémentaires semble trop large et imprécise.

*La commission adopte l'amendement AS81.*

*En conséquence, l'amendement AS18 tombe.*

*L'article 2 quater est ainsi rédigé.*

**Article 2 quinquies AA** : *Possibilité de déclarer une sage-femme référente*

*La commission adopte l'article 2 quinquies AA sans modification.*

**Article 2 quinquies A** : *Extension du droit de prescription des sages-femmes en matière de produits de santé*

*La commission est saisie des amendements identiques AS99 de la rapporteure, AS20 de M. Guillaume Chiche et AS82 de Mme Aurore Bergé.*

**Mme la rapporteure.** Mon amendement vise à assouplir le droit de prescription des sages-femmes au regard de leurs compétences et de la réalité des besoins de prise en charge. Il existe aujourd'hui un vrai décalage entre les produits de santé utiles à l'exercice de la profession et ceux listés par les textes réglementaires.

**M. Guillaume Chiche.** Mon amendement vise à rétablir l'article supprimé par le Sénat, autorisant les sages-femmes à prescrire davantage de médicaments.

**M. Annie Vidal.** L'amendement AS82 est défendu.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 2 quinquies A est ainsi rétabli.*

**Article 2 quinquies B :** *Dérogation au parcours de soins lorsqu'un patient est adressé par une sage-femme*

*La commission est saisie des amendements identiques AS12 de Mme Jeanine Dubié, AS19 de M. Guillaume Chiche et AS73 de Mme Annie Chapelier.*

**Mme Jeanine Dubié.** Mon amendement vise à rétablir une disposition qui a été supprimée au Sénat. Elle autorise les sages-femmes à adresser une patiente à un médecin spécialiste. Cette mesure permettrait de mieux reconnaître le rôle des sages-femmes dans le cadre du parcours de soins coordonnés, de réaliser des économies de temps, voire financières, au bénéfice des patientes suivies pour une grossesse ou dans le cadre de leur suivi gynécologique.

**M. Guillaume Chiche.** Mon amendement prévoit de rétablir l'article supprimé au Sénat qui prévoyait la possibilité d'offrir aux patientes qui en ont besoin de recourir à un médecin spécialiste et de bénéficier du même remboursement, peu importe que la consultation spécifique lui ait été prescrite par son médecin ou par sa sage-femme.

**M. Paul Christophe.** L'amendement AS73 vise à reconnaître le rôle des sages-femmes dans le cadre du parcours de soins coordonnés en leur permettant d'adresser leurs patients à un médecin spécialiste, sans pour autant que ces mêmes patientes soient pénalisées financièrement. Cette mesure, outre qu'elle constitue une amélioration dans le parcours de soins des femmes, représente une source d'économie substantielle pour la sécurité sociale, en évitant les doubles consultations.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 2 quinquies B est **ainsi rétabli**.*

**Article 2 quinquies :** *Extension du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes aux produits de santé*

*La commission est saisie des amendements identiques AS100 de la rapporteure et AS83 de Mme Annie Vidal.*

**Mme la rapporteure.** Mon amendement conserve la disposition introduite par le Sénat et rétablit celle adoptée à l'Assemblée nationale mais supprimée au Sénat. La première permettra la pleine entrée en vigueur de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes en matière d'adaptation des prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie. La seconde permettra aux masseurs kinésithérapeutes de prescrire des médicaments, ce qui est très attendu par les professionnels de santé concernés.

**Mme Annie Vidal.** Il s'agit de donner une pleine compétence aux masseurs kinésithérapeutes pour adapter l'ordonnance.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 2 quinquies est **ainsi rédigé**.*

**Article 2 sexies :** *Possibilité pour les infirmiers et les médecins généralistes de délivrer des autotests VIH*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS101 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement supprime l'article 2 *sexies* adopté au Sénat, qui ouvre la possibilité pour les infirmiers et les médecins généralistes de délivrer des autotests VIH. Or il nous paraît prématuré.

La question de l'accès au dépistage sera traitée dans le cadre de la prochaine feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle, dont les travaux vont commencer très prochainement. Elle permettra de consulter l'ensemble des acteurs concernés.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 2 sexies est supprimé.*

**Article 2 septies :** *Autorisation des médecins de ville à prescrire le traitement post-exposition ou la prophylaxie pré-exposition au VIH et autorisation des pharmaciens à les délivrer sans ordonnance*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS102 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement supprime l'article 2 *septies* adopté au Sénat qui sera prochainement satisfait en grande partie, puisqu'une décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé devrait intervenir pour permettre la primo-prescription des PrEP par les médecins généralistes.

Comme précédemment, cet article me paraît prématuré puisqu'une feuille de route de stratégie nationale de la santé sexuelle doit intervenir prochainement.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 2 septies est supprimé.*

**Article 2 octies :** *Prescription d'aides techniques par les ergothérapeutes*

*La commission adopte l'article 2 octies sans modification.*

**Article 2 nonies :** *Accès direct aux orthophonistes et possibilité pour ces professionnels de renouveler et d'adapter des prescriptions médicales d'actes d'orthophonie*

*La commission est saisie de l'amendement AS110 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement précise la rédaction de l'article 2 *nonies* adopté au Sénat. Il prévoit qu'un décret fixera les conditions dans lesquelles le compte rendu du bilan réalisé par l'orthophoniste est transmis au médecin traitant.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 2 nonies, modifié.*

**Article 2 decies :** *Possibilité de vaccination par les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS103 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Je partage le souhait de renforcer la couverture vaccinale tant des professionnels de santé que des résidents des établissements de soins et des établissements médico-sociaux. Le Gouvernement nous a toutefois indiqué lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale que la Haute Autorité de santé devait prochainement rendre un avis sur l'opportunité d'élargir les compétences vaccinales des professionnels de santé, notamment des pharmaciens. Dans l'attente de ce rapport, il est proposé de supprimer l'article 2 *decies*.

**M. Jean-Pierre Door.** Les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur sont des pharmaciens comme les autres. Dès lors, pourquoi ne pourraient-ils vacciner au même titre que les pharmaciens d'officine ? Pourquoi introduire des différences au sein de la profession des pharmaciens ?

**M. Jean-Pierre Vigier.** Les pharmaciens des établissements médico-sociaux délivrent des médicaments, ce qui exige, me semble-t-il, autant de qualification que les pharmaciens d'officine. En cette période de crise sanitaire, nous avons besoin de tous les bras ! Élu d'un département un peu sinistré, je puis vous assurer que nous sommes contents de trouver tout le monde, surtout le week-end ; rares sont ceux qui veulent sortir le samedi et le dimanche. Il convient donc de les encourager.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 2 decies est supprimé.*

**Article 2 undecies : Possibilités de vaccination par les laboratoires d'analyses de biologie médicale**

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS104 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Là encore, il ne paraît pas nécessaire d'ouvrir la vaccination dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale, au vu du nombre de professionnels déjà disponibles en ambulatoire.

**M. Jean-Pierre Door.** Les biologistes sont des médecins, ce sont eux qui font les prélèvements : ils sont tout à fait aptes à vacciner. Pourquoi détricoter systématiquement ce qu'a fait le Sénat et vouloir supprimer cet article, après avoir supprimé le précédent ? Les biologistes pourraient avoir un rôle utile dans la vaccination, dans le contexte actuel et au-delà.

**M. Philippe Vigier.** Je ne peux que placer mes pas dans ceux de Jean-Pierre Door. J'aurais pu comprendre que vous n'autorisiez pas les techniciens des laboratoires d'analyses à faire des vaccins, mais pourquoi l'interdire aux biologistes ? Ce sont les mêmes qui interviennent dans les centres de vaccination, les mêmes qui font les prélèvements covid depuis neuf ou dix mois... On leur a demandé d'être en première ligne quand on a eu besoin d'eux pour faire les tests antigéniques et PCR – c'est toujours le cas – et maintenant, on leur dit qu'ils ne pourront pas prendre part à la vaccination. Il y a là un petit problème de cohérence...

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS62 de Mme Gisèle Biémouret.*

**Mme la rapporteure.** Je ne suis pas favorable, je l'ai dit, à ce que l'on autorise les laboratoires d'analyses de biologie médicale à vacciner. Votre amendement pose en outre de vrais problèmes de mise en œuvre, puisque vous demandez que ces actes de vaccination ne soient réalisés qu'en présence d'un médecin.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 2 undecies sans modification.*

### Chapitre III

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

**Article 3 :** *Poser un principe de simplification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers*

*La commission est saisie de l'amendement AS31 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Il s'agit de rétablir l'article 3 dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 3 est ainsi rédigé.*

**Article 4 :** *Permettre l'expérimentation de créations de postes de praticiens hospitaliers centralisées au sein des groupements hospitaliers de territoire*

*La commission est saisie de l'amendement AS37 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Le Sénat a réécrit l'article 4 en le transformant complètement sur le fond, puisqu'il rend désormais obligatoires les projets territoriaux de santé. Il est donc proposé de rétablir la version de l'article 4 que nous avons adoptée en première lecture.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 4 est ainsi rédigé et l'amendement AS24 de M. Jean-Louis Touraine tombe.*

**Article 4 bis :** *Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé*

*La commission maintient la suppression de l'article 4 bis.*

**Article 4 ter :** *Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé*

*La commission adopte l'article 4 ter sans modification.*

**Article 4 quater A :** *Assurer l'entrée en vigueur des dispositions légales relatives à la clause de non-concurrence des praticiens hospitaliers*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS44 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** L'article 4 *quater* A, introduit par le Sénat, vise à accélérer l'adoption des mesures réglementaires nécessaires à la mise en application de la clause de non-concurrence votée dans le cadre de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019. Cet article est inutile, car les mesures d'application de cette clause figureront dans une ordonnance qui doit paraître d'ici à l'été 2021.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 4 quater A est supprimé.*

**Article 4 quater :** *Lutte contre le cumul irrégulier d'activités par les agents des établissements publics de santé*

*La commission est saisie de l'amendement AS85 de Mme Annie Vidal, qui fait l'objet du sous-amendement AS112 de la rapporteure.*

**Mme Annie Vidal.** Il s'agit de compléter le chapitre I<sup>er</sup> du titre V du livre IV de la première partie du code la santé publique par un article L. 1451-5 ainsi rédigé : « En vue de contrôler le cumul irrégulier d'activités défini à l'article 25 *septies* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, les établissements publics de santé peuvent, en raison de leur mission et sans préjudice des dispositions de l'article L. 8271-1 du code du travail, consulter le fichier national de déclaration à l'embauche dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Cela revient à rétablir l'article 4 *quater* tel qu'adopté à l'Assemblée nationale en première lecture.

**Mme la rapporteure.** Je suis favorable à cet amendement, mais il me paraît opportun de préciser que c'est « l'autorité investie du pouvoir de nomination au sein des établissements publics de santé » qui sera habilitée à consulter ce fichier au sein des hôpitaux, c'est-à-dire le directeur ou l'adjoint agissant en son nom.

*La commission adopte successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé.*

*En conséquence, l'article 4 quater est ainsi rétabli.*

**Article 4 quinquies :** *Permettre aux praticiens salariés d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif de pratiquer des dépassements d'honoraires*

*La commission est saisie de l'amendement AS65 de M. Cyrille Isaac-Sibille.*

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Il s'agit de compléter l'article 4 *quinquies*, introduit par le Sénat, afin de permettre aux médecins hospitaliers évoluant au sein d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) d'exercer également une activité libérale. Une telle disposition permettrait de revaloriser leurs émoluments. Avec le Ségur de la santé, on a fait beaucoup pour l'hôpital public, mais pas grand-chose pour les établissements privés à but non lucratif.

Ce matin, à l'occasion de la présentation de son plan de relance de l'investissement dans la santé, le Premier ministre a annoncé une revalorisation salariale des médecins

travaillant dans les ESPIC. Il a proposé de financer cette augmentation par une dotation de l'assurance maladie. L'autre option serait d'autoriser ces praticiens à exercer une activité libérale : le financement reposerait alors sur les mutuelles. Il faudra faire un choix entre ces deux options.

**Mme la rapporteure.** Le dispositif de votre amendement n'est pas en accord avec son exposé sommaire. Vous dites vouloir étendre la possibilité d'une activité libérale avec dépassements aux praticiens des ESPIC, mais en réalité votre amendement a pour effet de faciliter l'obtention par les établissements d'hospitalisation privée de l'habilitation au service public.

Avis défavorable.

**Mme Annie Vidal.** Cet amendement vise à rétablir une forme d'équité entre les praticiens du service public hospitalier et ceux qui exercent dans des ESPIC. Le Gouvernement s'est engagé ce matin à revaloriser le salaire de ces derniers, avec une enveloppe identique à celle qui a été accordée aux praticiens du service public dans le cadre du « Ségur ». Compte tenu de ces annonces, il me semble pertinent de retravailler cet amendement et d'en discuter avec le ministre en séance.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Il se peut effectivement que j'aie confondu les argumentaires de mes amendements AS65 et AS53...

Depuis plusieurs mois, tout le monde est sur le front pour faire face à la crise sanitaire : les établissements de soins publics, les établissements de soins privés à but non lucratif et les établissements de soins privés. Dans ce contexte, on ne peut plus réserver le qualificatif de « service public » aux seuls établissements de soins publics. Si les établissements de soins privés n'étaient pas venus à la rescousse, on n'aurait pas pu se sortir de cette crise. Celle-ci nous a montré que l'ensemble des établissements de soins, qu'ils soient publics, privés à but non lucratif ou privés, contribuent au service public. Nous proposons donc que tous les établissements de soins soient habilités au service public hospitalier, s'ils remplissent les conditions liées à la mission de service public.

**M. Philippe Vigier.** Les annonces faites par le Gouvernement ce matin vous mettent dans une position qui n'est pas simple, madame la rapporteure. Il faudrait, d'ici à l'examen en séance, retravailler cette question. Notre collègue a raison : il faut traiter tout le monde de la même façon. Par ailleurs, il est clair que ces métiers souffrent d'un manque d'attractivité et que c'est un moyen de l'améliorer.

**M. Jean-Pierre Door.** Le praticien hospitalier, salarié du service public, a la possibilité d'avoir une activité libérale, qu'il exerce sous le contrôle de ses pairs, et qui est strictement encadrée. Les praticiens salariés qui exercent dans des établissements privés à but non lucratif, de type ESPIC, n'ont pas cette possibilité. Le Sénat a introduit cet article pour équilibrer les choses et assurer une égalité de traitement aux praticiens hospitaliers, qu'ils soient salariés du public ou des ESPIC. Pourquoi réécrire cet article ? Il suffit de le voter.

**Mme la rapporteure.** Vous proposez de faire bénéficier les établissements de soins privés d'une habilitation au service public en étendant leur droit au dépassement d'honoraires. J'y suis défavorable.

S'agissant des ESPIC, le Sénat a introduit une avancée puisqu'il est prévu que les praticiens qui y exercent puissent, dans certains cas, faire des dépassements d'honoraires. Le Premier ministre a fait des annonces ce matin pour améliorer l'attractivité des ESPIC dans le cadre du « Ségur », sur le modèle de ce qui a été fait pour les praticiens des hôpitaux publics. Je vous propose de retirer vos amendements, afin que nous puissions débattre de cette question en séance publique. Nous demanderons au ministre de nous confirmer l'amélioration de l'attractivité des ESPIC.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS53 de M. Cyrille Isaac-Sibille.*

*Elle se saisit ensuite de l'amendement AS30 de M. Thibault Bazin.*

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La commission est vient à l'amendement AS75 de Mme Annie Vidal.*

**Mme Annie Vidal.** Le Sénat a certes introduit une avancée, mais elle ne concerne qu'un nombre très limité d'ESPIC – moins de dix. Cet amendement, que je vais retirer du fait des annonces faites ce matin, permet de rétablir une égalité de traitement entre les praticiens des établissements publics hospitaliers et ceux des ESPIC. Je précise que lorsque les praticiens des ESPIC ont une activité libérale, ils ont une contrainte supplémentaire par rapport aux praticiens des hôpitaux publics, à savoir l'absence de reste à charge pour le patient, puisque ces établissements sont encadrés par un dispositif de maîtrise des honoraires dans le cadre d'une convention avec la sécurité sociale.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 4 quinquies sans modification.*

#### Chapitre IV

### **Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé**

#### **Article 5 : Revalorisation de la place du service et du rôle du chef de service**

*La commission est saisie de l'amendement AS107 de la rapporteure, qui fait l'objet des sous-amendements identiques AS118 de M. Jean-Pierre Door, AS119 de Mme Valérie Six et AS120 de M. Cyrille Isaac-Sibille.*

**Mme la rapporteure.** Le Sénat a adopté de nombreuses modifications à l'article 5, auxquelles je suis défavorable.

Parmi ces dispositions se trouvent : la systématisation de la délégation de signature au chef de pôle ; l'obligation de créer des pôles inter-établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ; le dernier mot donné au directeur d'établissement dans la nomination des chefs de service.

Le présent amendement permet donc le rétablissement de cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, à l'exception d'éléments rédactionnels et de dispositions précisant le rôle du chef de service et du chef de pôle dans l'organisation de la concertation interne.

**Mme Valérie Six.** L'amendement tend à rétablir l'article 5 dans la rédaction issue de l'Assemblée nationale. Cet article est important, car il rétablit le « service » comme structure interne des pôles d'activité des centres hospitaliers et universitaires, ainsi que l'appellation de « chef de service ».

Il paraît toutefois essentiel que la nomination des chefs de service dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) respecte la place de l'université et prévoie une désignation conjointe avec le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine. Or la rédaction actuelle de l'article exclut le directeur de l'UFR lorsqu'il s'agit de nommer lesdits chefs de service en médecine, en odontologie et en pharmacie dans les centres hospitaliers et universitaires.

Je tiens à rappeler que les services en centres hospitaliers et universitaires sont souvent dirigés par des enseignants hospitalo-universitaires, que les services relèvent presque toujours d'une discipline universitaire – ce qui n'est pas le cas dans les pôles – référencée au Conseil national des universités (CNU) pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, notamment pour les nominations des enseignants hospitalo-universitaires. Enfin, le nouvel article L. 6146-1-1 du code de la santé publique précise, dans son deuxième alinéa, que « *les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation [...] d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail* ».

**M. Jean-Pierre Door.** Cet article rétablit les notions de « service » et de « chef de service », conformément aux recommandations faites par le professeur Olivier Claris dans son rapport. Nous proposons que, dans les CHU, la nomination des chefs de service se fasse par une décision conjointe du directeur de l'établissement, du président de la commission médicale d'établissement (CME), mais également du directeur de l'UFR. Ce sous-amendement est issu de la Conférence des présidents d'université (CPU) : les universitaires tiennent absolument à avoir un rôle dans la nomination des chefs de service.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Par définition, un centre hospitalo-universitaire est à la fois un centre hospitalier, avec des médecins, et un centre universitaire, avec des professeurs. Nous nous félicitons de la réintroduction des notions de « service » et de « chef de service », mais il paraît essentiel que les universitaires soient consultés pour la nomination des chefs de service : il y va du respect de la faculté.

**Mme la rapporteure.** Je suis défavorable à ces sous-amendements. Nous parlons de l'échelon du chef de service. Même dans les CHU, les chefs de service ont pour mission d'organiser le service. Il est vrai que cet amendement est issu de la Conférence des doyens des facultés de médecine, mais les syndicats des étudiants, pour leur part, n'y sont pas favorables. Il nous semble que des praticiens hospitaliers peuvent tout à fait être nommés chefs de service, à côté de professeurs universitaires, dans les CHU. Ajouter une troisième entité universitaire sur cet échelon de chef de service ne me semble pas aller dans le sens que nous souhaitons, celui d'un partage des tâches, à même d'assurer un meilleur management, favorisé par la présence dans les services.

**M. Philippe Vigier.** Ce sujet est majeur. La Conférence des doyens des facultés de médecine explique qu'il serait préférable, pour les CHU, de revenir aux dispositions antérieures. Lorsque des praticiens hospitaliers chefs de service sont aussi universitaires, ils sont au quotidien sur le terrain, tout en menant des travaux de recherche, qui sont essentiels. C'est ainsi que cela se passe. Tel a été mon vécu ! Moi aussi j'ai usé mes fonds de culotte sur les bancs des facultés, auprès de mes maîtres.

Par ailleurs, on a fait parler à tort le professeur Claris. Décider s'il fallait, ou non, modifier les règles de nomination dans les CHU n'entraîne pas en effet dans le cadre de sa mission. J'ai suivi les débats au Sénat : le Gouvernement a fait valoir que le professeur Claris avait recommandé ces modifications ; or il n'en est rien.

En outre, nous ne nous mettons pas en conformité avec les articles du code de la santé. L'article L. 6146-1-1 associe systématiquement le directeur de l'unité de formation et de recherche pour définir un projet médical ou pour les nominations. Par souci de cohérence, il faut se fonder sur l'avis du directeur de l'UFR médicale, qui représente l'université, et donc le ministère de l'enseignement supérieur, et sur l'avis du médecin exerçant dans le service. Cette cohérence est essentielle.

J'entends ce que disent les jeunes internes ; mais le jour où ils se battront pour devenir maître de conférences, ils verront tout l'intérêt qu'il y a à avoir une chefferie de service, et à pouvoir mener des travaux universitaires et de recherche en complément. Enfin, vu la nouvelle organisation des hôpitaux, ce n'est pas un management à temps plein qui permettra d'améliorer le fonctionnement des services.

**M. Jean-Louis Touraine.** J'irai dans le sens de notre rapporteure. Dans les CHU, existent nombre de services à la tête desquels sont nommés des praticiens hospitaliers non universitaires. D'ailleurs, – et sans vouloir le faire parler – Olivier Claris a contribué en tant que président de la CME des Hospices civils de Lyon à la nomination de praticiens hospitaliers non universitaires à la tête de services du CHU de Lyon, parce que, pour certaines activités hospitalières, il n'y a pas d'équivalent en matière de recherche et d'enseignement. Chaque CHU connaît cette disparité entre un grand nombre de chefs de service hospitalo-universitaires et un petit nombre de chefs de service purement hospitaliers.

Si la consultation du président de l'université ou du responsable universitaire devient obligatoire, des praticiens hospitaliers non universitaires ne seront plus nommés, ce qui serait dommageable, en matière de diversité des activités et de dynamisme dans certains secteurs hospitaliers. La solution pourrait consister à prévoir un avis conforme de l'université et de l'hôpital pour la nomination d'un praticien hospitalo-universitaire.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Je suis d'accord avec M. Touraine et Mme la rapporteure. Du reste, le fait que l'université soit consultée n'implique pas que le chef de service sera forcément un universitaire ! Le sous-amendement ne prévoit rien de tel.

En revanche, je rappelle que le chef de service – là se trouve tout l'intérêt de l'exercice hospitalo-universitaire – organise aussi l'enseignement. Il dispose d'assistants chefs de clinique qui ont un rôle d'enseignement. Quant aux internes, ils sont bien issus d'un concours universitaire ! Il est important de ne pas créer de césure entre le soin et l'enseignement, voire la recherche. Il faut donc consulter l'université même si ce n'est pas forcément un universitaire qui est nommé.

**M. Philippe Vigier.** De quoi parle-t-on ? De CHU, de centres hospitaliers universitaires ! Devrons-nous changer le nom des CHU ? Si le système est ainsi fait, c'est parce que les praticiens hospitaliers étaient *de facto* des universitaires. Ne l'oublions pas ! Alors que nous souhaitons décroiser, nous allons en fait recroiser.

**Mme la rapporteure.** Je suis très souvent d'accord avec M. Vigier, mais, en l'occurrence, ce n'est pas le cas. Dans l'article L. 6146-1-1, le chef de pôle est nommé après avis de la direction de l'UFR concernée, parce que cela correspond logiquement aux missions et à la responsabilité du chef de pôle.

Nous proposons une décision conjointe du directeur et du président de CME. Alors que ce ne sera pas forcément toujours simple, il ne nous paraît pas utile de complexifier encore les choses en ajoutant une troisième personne.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Non, il ne s'agit pas d'une codécision entre le directeur et le chef de pôle ! Vous consultez aussi les personnels ! Comment, dès lors, ne pas consulter aussi l'université ?

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Les débats seront riches en séance publique !

*La commission rejette les sous-amendements, puis adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 5 est ainsi rédigé et les amendements AS2 et AS3 de M. Bernard Perrut tombent.*

**Article 5 bis A :** *Affirmation du rôle de la commission médicale d'établissement dans la pertinence des soins*

*La commission adopte l'article 5 bis A sans modification.*

**Article 5 bis :** *Définition du projet médical*

*La commission est saisie successivement des amendements AS91, AS88 et AS89 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** L'amendement AS91 est rédactionnel. Le suivant supprime une disposition peu claire et peu normative adoptée par le Sénat, relative à l'évaluation périodique des besoins de santé visés par le projet médical. L'amendement AS89 est également rédactionnel.

*La commission adopte successivement les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS52 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Jeanine Dubié.** Cet amendement vise à renforcer les interactions entre centres hospitaliers et universités, qui sont au cœur des missions des CHU, en associant le président de l'université avec laquelle le centre hospitalier a passé une convention pour préparer les objectifs stratégiques en matière de recherche en santé et de formation du projet médical.

En effet, le présent article consacre le projet médical dans la loi. Ce dernier définit les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux

besoins de santé de la population. Il s'agit donc de renforcer la place de l'ensemble des disciplines de recherche et l'interdisciplinarité dans la définition de ces objectifs.

**Mme la rapporteure.** Je suis d'accord avec vous sur le fond. Associer à ce stade l'ensemble de l'université me semble cependant compliqué, alors que l'articulation avec les UFR est parfois difficile. Je souhaite que nous en reparlions en séance publique et vous propose de retirer votre amendement.

**Mme Jeanine Dubié.** Espérons qu'une solution soit trouvée avant le débat en séance.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS90, AS92 et AS111 de la rapporteure.*

*Enfin, elle adopte l'article 5 bis, modifié.*

**Article 6 :** *Possibilité de regrouper la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en une seule commission médico-soignante*

*La commission est saisie des amendements de suppression AS1 de Mme Geneviève Levy, AS4 de M. Jean-Pierre Door et AS55 de Mme Valérie Six.*

**Mme Geneviève Levy.** Cet article fixe de nouvelles modalités de désignation du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Aujourd'hui, elle est la seule instance qui se prononce sur les projets d'accompagnement des malades, leurs conditions d'accueil et de prise en charge.

En excluant le directeur des soins de cette instance, la commission ne pourra plus s'organiser et renouveler ses membres. Dans tous les établissements hospitaliers, ce sont les directions de soins qui réalisent ce travail. Réformer cette instance au lieu de lui conférer simplement plus de responsabilités risque de créer des difficultés de fonctionnement et d'exposer les établissements hospitaliers à des réorganisations inutiles et lourdes, dont elles n'ont pas besoin aujourd'hui.

Adoptée au cours de la crise sanitaire, qui est loin d'être finie, cette modification est d'autant plus incompréhensible que les directeurs de soins n'ont pas été invités à la concertation du Ségur de la santé, ce qu'ils vivent comme une injustice.

De plus, contrairement à ce qui a été affirmé dans le rapport Notat, les membres non-cadres représentent 70 % des CSIRMT, ce qui leur permet de disposer de toutes les informations sur le fonctionnement de l'hôpital. La présidence doit demeurer sous la responsabilité du directeur des soins, pour que la commission continue à être un lieu de concertation et de mise en œuvre des projets des établissements de manière opérationnelle et consensuelle.

**M. Jean-Pierre Door.** Nous ne souhaitons pas la fusion de la CME et de la CSIRMT, qui engendrerait un problème de fond et un problème de forme, surtout pour l'avenir. Le Sénat s'est borné à prévoir dans la loi l'inscription de cette commission des soins infirmiers au rang des organes représentatifs de l'hôpital, l'élection du président de cette

commission par ses membres et l'ouverture de mutualisations entre les diverses commissions, dès l'instant où des rapprochements seront possibles entre le président de la CSIRMT et le président ou le vice-président de la CME.

**Mme Valérie Six.** L'article 6 propose d'ouvrir aux établissements publics de santé la possibilité de fusionner la CME et la CSIRMT. Or la création d'une commission médico-soignante d'établissement telle que définie dans cet article rend sa faisabilité opérationnelle peu probable. Les deux commissions représentent en effet des professions et des filières très différentes ; elles ont des sources juridiques, des légitimités et des attributions dissemblables.

Il me semble important de préserver des instances représentatives différentes, notamment parce que la CSIRMT représente les paramédicaux, population de loin la plus importante des établissements de santé. Ils constituent les trois quarts des effectifs hospitaliers présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept à l'hôpital.

Par ailleurs, la rédaction actuelle confère la présidence de cette nouvelle commission à un membre du personnel médical, odontologique, maïeutique ou pharmaceutique. Elle laisse ainsi entendre l'existence d'une hiérarchie entre la CME et la CSIRMT, qui étaient jusqu'alors indépendantes. Le texte entend ajouter de la souplesse. Or il n'apporte que de la complexité, raison pour laquelle je souhaite la suppression de cet article.

**Mme la rapporteure.** Mon avis est défavorable.

Tout comme vous, je suis opposée à l'élection du président de la CSIRMT, introduite par le Sénat. En revanche, je ne souhaite pas que nous retirions la possibilité offerte aux établissements de pouvoir fusionner la CME et la CSIRMT. Je suis attaché à cette fusion, pour les établissements volontaires. Cette demande, présentée lors du « Ségur », émanait de petits établissements et visait à permettre à tous les personnels de pouvoir échanger au sein de la même instance. Retirer ces cloisons entre les médecins et les paramédicaux est un progrès notable.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS117 de la rapporteure et AS25 de M. Jean-Louis Touraine.*

**Mme la rapporteure.** Mon amendement rétablit l'article 6 dans sa version issue de l'Assemblée nationale en première lecture, à l'exception d'ajustements rédactionnels, ce en quoi il diffère de celui de M. Touraine.

**M. Jean-Louis Touraine.** Mon amendement a exactement le même objet que celui de Mme la rapporteure. Il réaffirme l'aspect optionnel de cette fusion des deux instances, laissée à l'initiative des établissements qui le souhaitent. Je le retire au profit de celui de Mme la rapporteure.

*L'amendement AS25 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS117.*

En conséquence, l'article 6 est **ainsi rédigé** et les amendements AS70 de M. Didier Martin, AS78 de Mme Gisèle Biémouret, AS39 de Mme Caroline Fiat et AS56 de Mme Valérie Six **tombent**.

**Article 6 bis** : Avis de la commission des soins infirmiers sur le programme d'investissement en équipements médicaux

La commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS93 de la rapporteure.

Puis elle **adopte** l'article 6 bis, **modifié**.

**Article 7 bis A** : Pondération des voix au sein des organes et instances des groupements hospitaliers de territoire

La commission est saisie des amendements de suppression AS95 de la rapporteure et AS26 de M. Jean-Louis Touraine.

**Mme la rapporteure**. Mon amendement vise à supprimer l'article 7 bis A introduit par le Sénat, qui fixe la pondération des votes au sein des différentes instances du GHT. En effet, chaque GHT doit, dans sa convention, pouvoir librement décider les modalités de représentation des établissements.

**M. Jean-Louis Touraine**. Mon amendement vise aussi à supprimer cet article, qui instaurerait le principe d'une voix par établissement, quelle que soit sa taille. Un tout petit établissement membre d'un GHT aurait ainsi autant de poids que celui qui serait dix fois plus important. Cela engendrerait une inégalité de représentation des établissements. Les dispositions actuelles sont bien meilleures que celles qu'introduirait ce malencontreux article.

**M. Thibault Bazin**. Les débats avec le professeur Touraine sur l'égalité et l'équité sont toujours très intéressants... Les sénateurs, dans cet article, semblent avoir lancé un appel légitime à un aménagement équitable du territoire, fruit d'un consensus. Chaque établissement doit pouvoir compter. Certains GHT fonctionnent très bien, d'autres moins bien. Associés à un établissement support de très grande taille, les petits établissements ont parfois l'impression d'être dépossédés de leurs marges de manœuvre et que les mises en communs, parfois imposées, ne génèrent pas d'externalités positives : coûts plus importants, délais plus longs. Certes, il y a les mises à disposition de personnel, mais cela se fait toujours sous une forme de dépendance extrêmement forte.

Notre commission doit se pencher sur cette question : comment faire en sorte que cet aménagement équitable des territoires se reflète dans la gouvernance sanitaire et que chaque établissement puisse prendre part, dans le consensus, aux choix opérés ?

La commission **adopte** les amendements.

En conséquence, l'article 7 bis A est **supprimé**.

**Article 7 bis B** : Interopérabilité des systèmes d'information au sein des groupements hospitaliers de territoire

La commission **adopte** l'article 7 bis B **sans modification**.

**Article 7 bis** : Création d'un service d'accès aux soins

*La commission est saisie de l'amendement AS6 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à rétablir la rédaction issue des travaux de notre assemblée, sur la première partie de l'article qui concerne le service d'accès aux soins (SAS).

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **adopte** l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS27 de M. Jean-Louis Touraine.*

**M. Jean-Louis Touraine.** Les sénateurs ont souhaité formaliser de manière un peu rigide une organisation du service d'aide médicale urgente (SAMU) avec les professionnels du secteur ambulatoire – organisation qui souvent existe déjà. L'amendement propose de supprimer cette disposition, pour laisser plus de souplesse dans la mise en œuvre du SAS dans les territoires.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS7 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable.

**M. Thibault Bazin.** Passer de « doit être » à « est » ne relève pas exactement d'une modification rédactionnelle.

**M. le rapporteur général.** Monsieur Bazin, lors de l'examen du prochain PLFSS, je porterai un regard vigilant sur vos amendements rédactionnels...

**Mme la rapporteure.** Au regard de la loi, il n'y a aucune différence, monsieur Bazin.

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

*Elle examine ensuite successivement les amendements AS9 et AS8 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit de rétablir les rédactions votées en première lecture à l'Assemblée.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **adopte** successivement les amendements.*

*La commission **adopte** l'article 7 bis **modifié**.*

**Article 8 : Droit d'option des établissements publics de santé en matière de modalités d'organisation interne et de gouvernance**

*La commission est saisie de l'amendement AS96 de la rapporteure*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement vise à rétablir la possibilité d'adopter une gouvernance sans directoire, afin de permettre à certains établissements qui le souhaitent de proposer des modalités de gouvernance innovantes.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 8, modifié.*

**Article 8 bis :** *Participation de droit des parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé*

*La commission est saisie, en discussion commune, des amendements AS13 de Mme Jeanine Dubié et AS51 de Mme Gisèle Biémouret.*

**Mme Jeanine Dubié.** Cet amendement vise à rétablir, dans une version légèrement modifiée, un article adopté à l'Assemblée nationale, mais supprimé au Sénat, prévoyant que les parlementaires sont membres du conseil de surveillance des établissements de santé. Afin de définir une stratégie de santé adaptée aux territoires, il est primordial de donner davantage de place aux parlementaires dans la gouvernance des établissements de santé. D'autant qu'en cas de problèmes d'activité dans les services, de changement de politique au sein des hôpitaux, les parlementaires sont systématiquement interpellés, soit par les personnels hospitaliers, soit par les citoyens.

**Mme Gisèle Biémouret.** Nous souhaitons nous aussi que les parlementaires puissent siéger au sein du conseil de surveillance des hôpitaux de leur circonscription électorale. Tous les hôpitaux ne sont pas des CHU ; il existe aussi des petits centres hospitaliers qui rencontrent de grandes difficultés et qui se battent au quotidien. Les parlementaires sont souvent associés à toutes leurs démarches. Il serait donc pertinent qu'ils participent au conseil de surveillance, pour suivre de près l'évolution de l'hôpital.

**Mme la rapporteure.** Mon avis est défavorable, pour ces deux amendements.

Je rejoindrai la grande sagesse des sénateurs dans leur choix de supprimer cet article. Le problème est réel, puisque la question est soulevée lors de chaque examen d'un texte sur la santé, mais nous n'avons pas réussi, d'un point de vue pratique, à définir une méthode de désignation pertinente. Certains CHU relèvent de territoires représentés par plus de dix-sept sénateurs ou députés ! Comment choisir ? Cette mesure demande à être plus aboutie.

**M. Thibault Bazin.** Madame la rapporteure, pour les commissions départementales chargées de la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), rien n'empêche les Présidents de nos deux chambres de désigner des parlementaires. Quand le périmètre des établissements correspond peu ou prou à la circonscription d'un député ou à un niveau inférieur, le choix est simple, et quand un même établissement concerne plusieurs parlementaires, une répartition s'applique. Dans notre maison, nous savons le faire de manière intelligente pour un certain nombre d'organismes.

En tout cas, il faut pouvoir assurer le contrôle de l'action du Gouvernement et l'évaluation des politiques publiques au plus près des territoires. Pour les membres de notre commission des affaires sociales, être au plus près des hôpitaux est crucial. Nous pourrions préciser que les parlementaires siègeraient avec une voix consultative, si l'on craint une voix délibérative. Des solutions existent. Quoi qu'il en soit, participer à ces réunions est essentiel

pour comprendre les enjeux de nos votes dans le cadre de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale.

**Mme Jeanine Dubié.** S'il est un domaine dans lequel nous devons être au plus près de nos concitoyens, c'est bien celui de la santé. Parlementaire depuis 2012, je peux attester que tous les sujets concernant la santé arrivent systématiquement sur le bureau du parlementaire, que ce soit par le biais des syndicats, du personnel médical ou des citoyens. Une coordination est nécessaire entre les mesures votées au niveau national et la réalité des établissements de santé dans les territoires.

Je ne peux entendre, madame la rapporteure, que votre seul argument pour vous opposer à cette disposition soit la difficulté de sa mise en œuvre. Dans bien des cas, nous avons trouvé des solutions pour définir des modes de désignation satisfaisants. Il n'y a souvent qu'un seul député et un seul sénateur sur le territoire concerné par l'établissement. Comme le disait Gisèle Biémouret, tout le monde n'est pas en milieu urbain, à côté d'un CHU.

**M. Philippe Vigier.** Ces amendements sont excellents. Lorsque les fameuses commissions DETR se sont mises en place, au début, nous ne savions pas comment faire, puis une méthode a été établie. Le Président de l'Assemblée nationale a écrit à chacun des présidents des groupes politiques, et, dans chaque département, des nominations ont été proposées, en accord avec les groupes et le Président. C'est simple et facile à mettre en place. Vous ne pouvez donc pas vous réfugier derrière une prétendue difficulté.

Par ailleurs, comme l'ont très bien dit mes collègues, l'ancrage territorial est essentiel, le député ou le sénateur constituant parfois le dernier recours pour les citoyens.

Enfin, ce matin, le Premier ministre a annoncé un plan de relance de 19 milliards d'euros dans le domaine de la santé. Les élus locaux seront associés aux différents projets, notamment pour les 6 milliards d'euros liés aux investissements. Or ceux-ci sont préparés, en liaison avec les ARS, dans les centres hospitaliers. Notre chère Stéphanie Rist sait parfaitement comment cela fonctionne dans notre région commune. Il serait bon que les parlementaires puissent être présents dans les hôpitaux.

Cela nous responsabiliserait aussi – on nous fait parfois des demandes qui ne sont pas toujours faciles à défendre. Cette présence constituerait un acte de responsabilité collective et d'enracinement dans les territoires, et une réponse à nos concitoyens, qui veulent que nous, parlementaires, non seulement nous votions la loi, mais nous assurions aussi de son application au dernier kilomètre. Cela en serait une belle illustration.

**Mme Annie Vidal.** Je partage l'idée selon laquelle il est bon que les parlementaires soient impliqués dans la stratégie en santé. En revanche, le conseil de surveillance ne me semble pas la meilleure structure, car il entérine souvent des dispositions opérationnelles. Il serait plus intéressant, pour participer à la stratégie en santé, d'être vraiment impliqué dans les conseils territoriaux de santé (CTS), qui ne fonctionnent pas très bien pour le moment. En outre, si dans le cas des CHU, la question du nombre de députés et sénateurs est soulevée, dans certaines circonscriptions, les petits établissements peuvent être trop nombreux pour bénéficier de la présence d'un parlementaire. Quoi qu'il en soit, ce sujet est déjà revenu au moins cinq ou six fois en discussion dans notre commission ; manifestement, le problème n'est pas réglé. Il devient nécessaire d'y apporter une réponse, avec une méthode de

désignation, et d'évaluer quelle serait la structure la plus pertinente pour participer à la stratégie en santé. Je ne pense pas que ce soit le conseil de surveillance.

**M. Jean-Pierre Door.** Dans le conseil de surveillance actuel, siègent le représentant de la mairie ou de l'intercommunalité et le représentant du département. Avant la fin du cumul des mandats, les députés-maires et les sénateurs-maires y étaient donc présents. Ceux qui ont été dans cette situation pendant de longues années continuent d'une certaine façon à participer à l'élaboration de la stratégie de leur établissement hospitalier.

En revanche, sur la base du volontariat, les parlementaires peuvent siéger dans le conseil stratégique des GHT. Ils sont donc amenés à le faire sans savoir exactement ce qui se passe dans leur centre hospitalier. Deux poids, deux mesures ! Pourquoi les parlementaires ne siègeraient-ils pas dans le conseil de surveillance de l'hôpital de leur circonscription ? Revenons-en au dispositif antérieur, qui fonctionnait très bien ! Ceux qui voulaient siéger au sein du conseil de surveillance pouvaient le faire et c'était efficace. Les membres de la commission des affaires sociales connaissent bien les secteurs de la santé et des finances – nous sommes particulièrement au fait des lois de financement de la sécurité sociale. Le lien était clairement établi entre le travail du parlementaire, ici et sur le terrain, au sein d'un conseil de surveillance, même très petit, car chacun d'entre eux compte.

**M. le rapporteur général.** Nous avons déjà eu ce débat en première lecture et lors de la discussion de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019. Quand je vous écoute, chers collègues, j'ai l'impression que vous n'avez aucun lien avec les hôpitaux de vos circonscriptions parce que vous ne siégez pas dans leur conseil de surveillance ! Cette participation ne semble pourtant pas nécessaire pour que nous soyons engagés dans la vie de ces établissements.

Ces amendements posent plusieurs problèmes. Comment un parlementaire pourra-t-il assister à toutes les réunions si son territoire comporte plusieurs établissements ? Faudra-t-il prévoir un poste réservé à un parlementaire au conseil d'administration des communautés professionnelles territoriales de santé, qui couvriront à terme tout le territoire national ?

Le débat a été tranché : la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019 a prévu qu'un parlementaire devait obligatoirement siéger au CTS. Cette instance est un lieu de démocratie sanitaire au sein duquel est discutée la mise en œuvre des politiques de santé dans les territoires. Cela complète notre mission de contrôle que nous exerçons aussi dans le cadre du Printemps social de l'évaluation.

La disposition que vous proposez me paraît donc superflue et je voterai contre ces amendements.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Si cette question revient après avoir été déjà maintes fois soulevée, c'est le signe qu'il faut prendre davantage de temps pour y apporter une réponse.

Nos circonscriptions sont différentes. La mienne est rurale et compte de petits établissements hospitaliers en grande difficulté, qui connaissent des problématiques de fonctionnement. Les situations sont différentes dans les CHU, les hôpitaux de proximité ou les hôpitaux intermédiaires. En tout cas, nous sommes souvent interpellés, jouant parfois les médiateurs, pour régler les conflits, les problèmes financiers ou d'encadrement, les dysfonctionnements internes, la souffrance au travail. Or c'est très compliqué si nous ne

pouvons pas siéger dans une instance de dialogue avec les différents corps professionnels de ces établissements. Il faut que nous puissions au moins être présents dans les situations critiques. Le CTS ne me paraît pas être l'instance adéquate, car sa fonction touche davantage à la stratégie de politique sanitaire sur un territoire. Tout cela mérite d'être discuté en vue de la séance publique.

**M. Bernard Perrut.** Les députés ont un rôle non négligeable à jouer dans notre politique de santé. Ainsi, depuis le début de la crise sanitaire, ils ont, avec les élus locaux, soutenu les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les établissements de santé de leur territoire. Ils se sont battus aux côtés des directeurs pour avoir accès aux tests et aux vaccins.

Avant la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, c'était le conseil d'administration qui dirigeait l'hôpital : il votait le budget et exécutait les mesures. Depuis cette loi – avec laquelle on peut être d'accord ou pas – c'est le directoire qui a tout pouvoir. Le conseil de surveillance n'est compétent que sur les orientations stratégiques de l'établissement, sur lesquelles il ne vote pas, et sur le contrôle permanent de la gestion.

Le conseil de surveillance n'a donc aucun pouvoir de décision : il est un simple organe de consultation et d'orientation stratégique. Dans ces conditions, pourquoi ne pas y associer les parlementaires ? Le conseil de surveillance regroupe aujourd'hui des élus des collectivités territoriales, des personnes qualifiées – désignées à part égale par le préfet et par l'ARS – et des représentants des usagers. Un parlementaire pourrait utilement y siéger à la fois pour faire le lien avec le niveau national et comme force d'appui et de réflexion.

Les parlementaires ne peuvent pas non plus siéger au sein des GHT, ni au niveau du comité stratégique, qui n'est ouvert qu'aux professionnels, ni du comité des élus, qui n'est ouvert qu'aux élus locaux, membres du conseil de surveillance. C'est regrettable. Pour imaginer de nouvelles formes de gouvernance de notre système de santé, il faut prévoir un dispositif dans lequel les parlementaires auraient leur place.

**Mme Gisèle Biémouret.** Mon territoire compte deux députés et deux sénateurs pour deux centres hospitaliers : le choix des élus siégeant au conseil de surveillance serait donc facile à faire.

Les centres hospitaliers des départements ruraux sont en grande difficulté. J'ai pu le constater lorsque j'ai exercé pendant dix ans les fonctions de présidente du conseil de surveillance du centre hospitalier de mon territoire avant d'être obligée de démissionner après que le mandat parlementaire eut été déclaré incompatible avec ces fonctions ; or, il est très important de pouvoir suivre la politique de l'établissement.

Le centre hospitalier de Condom a fait la demande d'un appareil IRM, qui ne devrait pas aboutir avant 2023 malgré mes interventions répétées auprès du ministre de la santé. Cet exemple montre bien l'importance du rôle du parlementaire comme lien entre le niveau hospitalier, le niveau régional coordonné par l'ARS et le niveau national coordonné par le ministère de la santé.

**Mme la rapporteure.** Je ne suis pas en désaccord sur le fond, mais ces amendements posent des problèmes pratiques. Qui va choisir le parlementaire qui siègera au

conseil de surveillance ? Le président du conseil de surveillance, donc très souvent le maire de la ville de l'établissement ? Un choix politique devra être fait.

Il faut poursuivre notre travail sur la place du parlementaire dans le système de santé. La discussion sur le projet de loi décentralisation, différenciation, déconcentration, décomplexification pourrait en être une occasion.

Avis défavorable.

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

*Elle **maintient la suppression** de l'article 8 bis.*

**Article 9 : Élargissement de la composition du directoire des établissements publics de santé**

*La commission est saisie de l'amendement AS113 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Le Sénat avait tiré les conclusions, à cet article, de la distinction des rôles de président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, et de directeur des soins sur la composition du directoire. Logiquement, cet amendement tire les conclusions du retour à la situation actuelle que nous avons actée à l'article 6.

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

*Elle en vient à l'amendement AS21 de M. Guillaume Chiche.*

**M. Guillaume Chiche.** Cet article souhaite que le directoire, organe collégial qui approuve le projet médical et qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, puisse comprendre un représentant des soignants, un représentant des étudiants en santé et un représentant des usagers.

L'amendement propose de substituer, à l'alinéa 10, au mot « peut » le mot « doit ».

**Mme la rapporteure.** Je vous invite à retirer cet amendement, car le Sénat a supprimé la participation des étudiants au directoire, que vous ne réintroduisez pas. Je propose son rétablissement dans l'amendement suivant.

**M. Guillaume Chiche.** Je retire mon amendement.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS114 de la rapporteure et AS68 de Mme Delphine Bagarry.*

**Mme la rapporteure.** Les étudiants ont toute leur place au sein du directoire. Pour cette raison, et par cohérence avec la position que j'ai suivie sur les modifications opérées par le Sénat à l'article 6, cet amendement rétablit les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale relatives à la composition du directoire.

**M. Guillaume Chiche.** L'amendement AS68 est éfendu.

**Mme la rapporteure.** Défavorable.

*La commission **adopte** l'amendement AS114.*

*En conséquence, l'amendement AS68 **tombe**.*

*La commission en vient à l'amendement AS115 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement vient étendre une disposition adoptée par le Sénat, qui prévoit que chaque réunion du directoire doit faire l'objet d'un relevé de conclusions, qui doit être communiqué dans un délai de quinze jours aux chefs de pôle ainsi qu'aux chefs de service de l'établissement. Il propose que ce relevé de conclusion soit plutôt accessible à tout le personnel de l'établissement, via l'intranet par exemple.

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

*Puis elle **adopte** l'article 9, **modifié**.*

**Article 9 bis : Situation de conflit d'intérêts**

*La commission est saisie de l'amendement AS86 de M. Jean-Louis Touraine, qui fait l'objet du sous-amendement AS108 de Mme Annie Vidal.*

**M. Jean-Louis Touraine.** Cet amendement propose de réintroduire la disposition votée en première lecture à l'Assemblée nationale à mon initiative, avec quelques modifications afin de prendre en compte les remarques du rapporteur au Sénat.

L'objectif est de préciser, dans l'article L. 6143-7 du code de la santé publique qui mentionne la possibilité pour le directeur d'un établissement public de santé de déléguer sa signature, qu'il pourra aussi, en cas de conflit d'intérêts, également déléguer ses pouvoirs, comme le permet actuellement le 5° de l'article 25 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Mme Annie Vidal.** Il s'agit d'un sous-amendement rédactionnel visant à simplifier et clarifier la rédaction initiale et, en conséquence, à modifier l'endroit de son insertion dans l'article L. 6143-7 du code de la santé publique.

*Suivant les avis favorables de la rapporteure, la commission **adopte** successivement le sous-amendement et l'amendement **sous-amendé**.*

*En conséquence, l'article 9 bis est **ainsi rédigé**.*

**Article 9 ter A : Renforcement du rôle des élus locaux au sein du conseil de surveillance**

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS106 de la rapporteure.*

*En conséquence, l'article 9 ter A est **supprimé**.*

**Article 9 ter : Élargissement du pouvoir de délibération du conseil de surveillance**

*La commission est saisie des amendements de suppression AS105 de la rapporteure et AS28 de M. Jean-Louis Touraine.*

**M. Jean-Louis Touraine.** L'article adopté par le Sénat reviendrait à complexifier et alourdir le processus, en créant une strate délibérative supplémentaire.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 9 ter est supprimé.*

**Article 10 :** *Lutte contre les abus liés à l'intérim médical*

*La commission est saisie des amendements identiques AS94 de la rapporteure, AS63 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS74 de Mme Annie Chapelier et AS 87 de Mme Annie Vidal.*

**Mme la rapporteure.** La lutte contre les abus de l'intérim médical est une priorité. Cet amendement rétablit donc cet article dans sa version issue de l'Assemblée nationale.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Mon amendement vise à rétablir l'article 10 dans sa rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale. Il s'agit d'encadrer le recours à l'intérim médical et le recours aux contrats de gré à gré.

**M. Paul Christophe.** L'amendement AS74, porté par ma collègue Annie Chapelier, rétablit lui aussi l'article 10, car cette mesure vise à permettre aux comptables publics de bloquer les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire ou qui ne respectent pas les conditions fixées par la réglementation. L'article vise également à permettre aux agences régionales de santé de dénoncer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers.

**Mme Annie Vidal.** Mon amendement est identique.

**M. Thibault Bazin.** Nous sommes tous d'accord, il faut lutter contre le mercenariat, mais n'oublions pas que l'intérim est nécessaire. Ne laissons pas les directeurs d'établissements hospitaliers, parfois de petite taille, seuls face au problème. L'ARS ne peut se contenter d'un contrôle *a posteriori*. C'est à cette instance que devrait revenir la responsabilité de trouver des solutions et de vérifier que les personnes auxquelles il est fait appel ne sont pas des mercenaires qui abusent.

**Mme la rapporteure.** Nous avons déjà eu ce débat en séance publique. La démarche n'est pas punitive. Nous avons d'ailleurs repoussé l'entrée en vigueur de la disposition de six mois afin de donner le temps à tous les intervenants de s'informer, et d'assurer sa mise en œuvre simultanément sur tout le territoire pour ne pas créer de déséquilibre.

Cette procédure n'est pas dirigée contre l'intérim, pourvu qu'il soit pratiqué dans les règles. Elle vise à aider les directeurs d'hôpital à tenir un discours clair et coordonné envers les professionnels qui abusent de l'intérim.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 10 est ainsi rétabli.*

**Article 11 :** *Création d'un projet managérial à l'hôpital*

*La commission est saisie de l'amendement AS116 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Le présent amendement rétablit l'article 11 relatif au projet de gouvernance et de management des établissements de santé, supprimé par le Sénat.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 11 est ainsi rétabli.*

**Article 11 ter : Projet psychologique d'établissement**

*La commission adopte l'article sans modification.*

#### Chapitre V

### **Simplification et gouvernance des organismes régis par le code de la mutualité**

**Article 13 quater : Précisions des cas dans lesquels les mutuelles sont considérées comme participant à des missions de service public**

*La commission est saisie de l'amendement AS11 de Mme Danielle Brulebois.*

**Mme Danielle Brulebois.** Cet amendement vise à rétablir l'article 13 quater tel qu'il avait été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Au-delà de ses fonctions de complémentaire santé, le mouvement mutualiste est, depuis ses origines, un acteur de premier plan en matière de soin et d'action sociale. Dans ce domaine, ce qui caractérise ce mouvement, c'est sa faculté d'initiative, sa propension à innover grâce à ses ressources et à l'engagement de ceux qui le constituent : ses adhérents, ses sociétaires et les membres de sa gouvernance.

Nous l'avons constaté pendant la crise sanitaire, la réactivité, l'agilité et le travail en réseau sont dans l'ADN du mouvement mutualiste. Il contribue ainsi sans ambiguïté à l'intérêt général. Les services de soins et d'accompagnement mutualistes ne sont pas tenus par des objectifs de rentabilité imposés par les actionnaires et ne sont pas non plus contraints par un carcan administratif. C'est ce caractère alternatif, unique en son genre, que cet amendement entend préserver. Il s'agit de confirmer le caractère autonome des services de soin et d'action sociale. Afin de préserver la souplesse et la pertinence de leur cadre d'intervention, il est proposé de préciser les conditions dans lesquelles les mutuelles peuvent participer à des missions de service public.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 13 quater est ainsi rétabli.*

#### Chapitre VI

### **Simplification des démarches des personnes en situation de handicap**

**Article 14 : Création d'une plateforme numérique d'information et de services à destination des personnes handicapées**

*La commission est saisie de l'amendement AS64 de M. Cyrille Isaac-Sibille.*

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Le présent amendement vise à préciser que la plateforme créée par l'article 14 ne peut contenir aucune donnée de santé. Elle doit rester une plateforme strictement administrative.

**Mme la rapporteure.** Le Sénat a prévu que la CNIL sera saisie du décret d'application de cet article, ce qui est à même de nous rassurer quant à votre préoccupation. Avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 14 sans modification.*

**Article 14 bis A :** *Nomination d'un référent handicap dans chaque établissement de santé*

*La commission adopte l'article 14 bis A sans modification.*

**Article 14 bis :** *Demande de rapport sur l'attractivité de l'exercice médical en établissement de santé privé d'intérêt collectif*

*La commission est saisie de l'amendement AS76 de Mme Annie Vidal.*

**Mme Annie Vidal.** Cet amendement vise le rétablissement de l'article voté en première lecture à l'Assemblée nationale.

**Mme la rapporteure.** Le débat sur l'attractivité aura lieu en séance ; je vous propose donc de retirer l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La commission maintient la suppression de l'article 14 bis.*

**Article 14 ter :** *Demande de rapport sur la coordination entre les professionnels de l'enfance*

*La commission est saisie de l'amendement AS59 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.*

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Cet amendement, qui avait reçu un avis de sagesse de Mme la rapporteure en première lecture, propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport dressant un état des lieux de la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes.

Certes, plusieurs rapports ont déjà été produits depuis 2017 sur la santé des enfants et des jeunes et la présidente de notre commission a demandé à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur la santé des enfants, mais l'objet de ce rapport est différent. Il s'agit de pouvoir identifier les freins institutionnels ou culturels au décloisonnement et d'établir des scénarios concrets d'évolution pour une meilleure coordination de ces professionnels, qu'ils dépendent de services collectifs de prévention, comme les services de protection maternelle et infantile ou la santé scolaire, ou exercent à l'hôpital ou en libéral. À l'heure où nous voulons mieux prendre en compte la santé mentale des enfants et la lutte contre la maltraitance, où des textes et des consultations sont inscrits à l'agenda, où des expériences sur le terrain existent, mais sont limitées et peu évaluées, il devient urgent de définir des scénarios d'action.

**Mme la rapporteure.** Attendons les conclusions de l'enquête de la Cour des comptes. Demande de retrait.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Je maintiens l'amendement, car l'objet du rapport qu'il prévoit – une pratique coopérative entre les acteurs de la prévention des enfants et des jeunes – est différent de celui que prépare la Cour des comptes.

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

*En conséquence, l'article 14 ter est **ainsi rétabli**.*

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

*La réunion s'achève à vingt-trois heures dix.*