

N° 3935

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 2 mars 2021

N° 398

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 2 mars 2021

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER 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,

PAR MME STÉPHANIE RIST,

Rapporteure,

Députée.

PAR MME CORINNE IMBERT,

Rapporteure,

Sénatrice.

(1) Cette commission est composée de : Mme Fadila Khattabi, députée, présidente ; Mme Catherine Deroche, sénatrice, vice-présidente, Mme Stéphanie Rist, députée, et Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteures.

Membres titulaires : Mme Annie Vidal, M. Thomas Mesnier, M. Jean-Pierre Door, M. Thibault Bazin et M. Cyrille Isaac-Sibille, députés ; M. Bernard Bonne, Mme Élisabeth Doineau, M. Bernard Jomier, Mme Annie Le Houerou et M. Xavier Iacovelli, sénateurs.

Membres suppléants : M. Jean-Louis Touraine, M. Philippe Chalumeau, Mme Gisèle Biémouret, Mme Valérie Six, Mme Annie Chapelier et M. Pierre Dharréville, députés ; Mme Florence Lassarade, M. Philippe Mouiller, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, M. Jean-Luc Fichet, Mme Véronique Guillot et Mme Laurence Cohen, sénateurs.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **3470, 3598 rect.** et T.A. **528, 3898.** Commission mixte paritaire : **3935.**

Sénat : 1^{re} lecture : **200, 356, 357** et T.A. **64** (2020-2021).
Commission mixte paritaire : **399** et **398** (2020-2021).

SOMMAIRE

—

Pages

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	5
TABLEAU COMPARATIF	13

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer 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 se réunit à l'Assemblée nationale le mardi 2 mars 2021.

La commission mixte paritaire procède à la désignation de son bureau, ainsi constitué :

- Mme Fadila Khattabi, députée, présidente ;*
- Mme Catherine Deroche, sénatrice, vice-présidente ;*
- Mme Stéphanie Rist, députée, rapporteure pour l'Assemblée nationale ;*
- Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.*

*

* *

Mme Fadila Khattabi, députée, présidente. La proposition de loi initiale de notre collègue Stéphanie Rist comptait quinze articles. L'Assemblée nationale en a ajouté vingt-deux et supprimé deux. Le Sénat en a ajouté dix-huit et supprimé douze, tandis qu'il a adopté sept articles conformes et confirmé deux suppressions d'articles. Par conséquent, quarante-six articles restent en discussion et sont à l'ordre du jour de nos travaux. Avant le début de ces travaux, je voudrais souhaiter un prompt rétablissement à notre collègue Alain Milon, rapporteur de la proposition de loi au Sénat.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, vice-présidente. Je voudrais en effet excuser l'absence de notre rapporteur Alain Milon, remplacé ce jour par Mme Corinne Imbert, et lui souhaiter à mon tour un prompt rétablissement.

Sur de nombreux sujets, les positions des deux assemblées ne sont pas si éloignées et auraient sans doute pu trouver à se concilier si ce texte, intervenu dans le climat très particulier de la crise sanitaire et de la crise de l'hôpital, n'avait pas suscité des attentes aussi fortes et par conséquent, n'avait pas été considéré avec une grande sévérité de la part des acteurs du système de santé et par conséquent, de la part du Sénat.

Le calendrier nous a également été défavorable dans la mesure où le Gouvernement n'a pas encore publié les ordonnances prévues par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé,

qui interfèrent avec le contenu du texte. Si nos rapporteuses n'ont pas pu nous proposer un texte commun, je suis certaine que cette navette aura été utile, et je ne doute pas que le texte portera *in fine* la marque de certaines orientations définies par le Sénat.

Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat. Je voudrais tout d'abord saluer la qualité du travail qu'Alain Milon a réalisé en tant que rapporteur de ce texte au Sénat.

Lors de l'examen de cette proposition de loi initiée par Mme Stéphanie Rist, nous avons été nombreux au Sénat à exprimer notre déception : si elle contient certaines mesures intéressantes, il nous a semblé toutefois que son ambition ne se montrait pas à la hauteur des attentes fortes du moment. C'est un constat partagé par nombre d'acteurs de santé, pour lesquels ce texte ne répond qu'imparfaitement aux enseignements de la crise sanitaire et ne traduit que partiellement les travaux fédérateurs de la mission conduite par le Professeur Olivier Claris.

Nous avons également regretté la méthode retenue par le Gouvernement, s'en remettant à une initiative parlementaire dont le calendrier d'examen se chevauche avec celui des ordonnances issues de la loi précitée sur la santé de 2019, portant notamment sur la gouvernance hospitalière et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Nous naviguons ainsi « à vue » en nous privant d'une vision globale sur ces sujets majeurs.

Cependant, le Sénat a cherché à apporter des améliorations à ce texte. Quarante-six articles restent en discussion, après l'adoption de neuf articles conformes, dont celui supprimant la limitation de durée pour les arrêts de travail prescrits par des sages-femmes ou plusieurs articles concernant les mutuelles. Le Sénat a supprimé douze articles dont la portée ne nous est pas apparue suffisante ou engageant des évolutions semblant inopportunes, comme l'article 4 *bis* ouvrant la voie à un bénévolat individuel dans les établissements de santé. Nous avons parallèlement introduit dix-huit nouveaux articles, ce qui montre l'ampleur des attentes dont nous nous sommes fait l'écho. Sur plusieurs sujets, nos positions auraient pu converger, par exemple sur le service d'accès aux soins, sur la plateforme « Mon parcours handicap » et sur l'articulation des compétences entre le chef de service et le chef de pôle.

Cependant, les échanges préalables entre rapporteurs n'ont pas permis de dépasser des divergences de fond dans l'approche de ce texte pour proposer à notre commission mixte paritaire une rédaction de compromis.

Dès l'article 1^{er}, nous divergeons sur la méthode. Il serait souhaitable de laisser des dispositifs comme les pratiques avancées, les protocoles de coopération ou encore les assistants médicaux s'installer dans la durée avant d'en tirer des bilans partiels ou de sans cesse remettre l'ouvrage sur le métier. Il conviendrait de travailler avec les acteurs de santé pour identifier des évolutions possibles dans leurs missions soles, avant d'ajouter une nouvelle strate à un système déjà complexe.

À cet égard, si nous avons soutenu plusieurs évolutions des prérogatives des professions de santé, les aspirations légitimes des sages-femmes de mieux voir reconnaître leurs compétences ne doivent pas se faire au détriment de la cohérence du parcours de soins pour le patient. C'est un autre point de divergence entre nous.

Sur le volet relatif à la gouvernance hospitalière, la commission des affaires sociales du Sénat a apporté d'importantes modifications aux articles de la proposition de loi, dont je pense qu'elles auraient pu pour leur majorité recueillir l'accord de nos deux assemblées. Comme l'Assemblée nationale, nous avons eu à cœur de faire de ce texte un véhicule législatif dédié aux préoccupations des professionnels hospitaliers et de renforcer l'ambition qui pouvait parfois lui manquer.

Il semble pourtant que nous achopions sur deux principaux sujets. Le premier concerne l'élection du président de la commission des soins infirmiers. Cette proposition simple, explicitement formulée par le rapport de Nicole Notat rendu à l'issue du « Ségur », avait pour ambition de remédier au défaut d'attractivité de l'hôpital public pour les personnels paramédicaux et d'améliorer leur représentativité auprès de la direction. Cette évolution ne menace pas la place du directeur des soins auquel est conservée l'appartenance de droit au directoire. Alors que nos soignants nous alertent sur les conditions de leur exercice professionnel, nous suggèrent les moyens de rendre à ce dernier le sens qui se perd progressivement, je ne peux que constater qu'ils peinent à être entendus.

Mais c'est sur l'article 10, qui concerne la lutte contre le recours abusif à l'intérim, que le Sénat s'est montré le plus circonspect. Si le Sénat et l'Assemblée nationale se rejoignent dans la conviction que cette lutte doit être résolument menée, ce sont sur les armes que nos avis divergent.

Le décret sur les plafonds de rémunération a indéniablement constitué une première avancée, mais son application gravement lacunaire a conduit l'Assemblée nationale, avec le soutien du Gouvernement, à proposer un dispositif consistant à investir le comptable public de l'hôpital d'une mission de police du recours abusif. Pour citer le ministre de la santé, cette proposition permettrait alors *« de faire en sorte que les directeurs d'hôpitaux ne puissent pas verser plus d'une certaine somme et ainsi, les intérimaires potentiels ne chercheront plus à négocier des prix supérieurs »*. Nous avons tenté d'alerter en séance publique contre les faux espoirs que cette idée suscite. Un directeur d'hôpital d'une zone sous-dotée est contraint de recourir à l'intérim selon les prix imposés par un praticien dont la seule présence évite de fermer un service : l'imagine-t-on vraiment refuser d'emblée ces prix au motif que le comptable public pratiquera une régularisation *a posteriori* ? Le transfert du contrôle de légalité de la dépense d'intérim à l'issue de l'engagement de cette dernière expose au contraire l'hôpital – et son directeur – à d'importants contentieux. C'est à notre sens une disposition d'affichage, dont nous comprenons la motivation, mais dont nous restons persuadés qu'elle présente plus de dangers que de ressources.

Le Sénat regrette que notre commission mixte paritaire ne puisse aujourd'hui conclure sur un texte qui, sans embrasser l'intégralité des problèmes, aurait pu apporter des réponses attendues par les soignants. Nous restons néanmoins confiants dans la poursuite de la navette, en espérant que des apports du Sénat sur lesquels un accord aurait pu être trouvé soient conservés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Nous sommes aujourd'hui réunis pour discuter d'une proposition de loi dont l'objectif est d'améliorer notre système de santé, de poursuivre ce que « Ma Santé 2022 » avait initié, c'est-à-dire de redonner plus de confiance aux acteurs et de simplifier leurs tâches quotidiennes. Cette proposition de loi est la traduction d'un certain nombre de pistes issues du Ségur de la santé, qui sont très attendues des professionnels de santé.

Nul doute que la navette parlementaire a permis d'enrichir ce texte. Ainsi, au terme de son examen en première lecture par nos deux assemblées, la proposition de loi, qui comptait quinze articles initialement, comprend désormais neuf articles adoptés ou supprimés conformes et quarante-six articles encore en discussion. Sept articles adoptés par l'Assemblée nationale ont été supprimés et dix-sept articles ont été ajoutés par le Sénat.

Un certain nombre de dispositions font consensus dans nos deux assemblées, par exemple 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 permet à la fois de mieux reconnaître les compétences des sages-femmes et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

On peut également citer notre volonté commune de recentrer la gouvernance hospitalière autour des personnels soignants. Nous avons certes des divergences sur des points concrets de cette évolution de la gouvernance de nos hôpitaux : si aucun des articles concernés n'a été adopté conforme par le Sénat, je me félicite que nous soyons d'accord sur les grands principes. Cette proposition de loi permettra ainsi d'enfin revaloriser l'échelon du service et le rôle du chef de service, sans pour autant remettre en cause l'échelon du pôle, qui reste bien souvent pertinent. Elle renforcera également le rôle de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins, ainsi que les synergies entre les deux. Elle donnera également plus de souplesse aux établissements dans la définition de leur organisation interne.

Nos deux assemblées partagent également l'objectif de simplifier les démarches des personnes en situation de handicap. La création, dans le cadre de cette proposition de loi, d'une plateforme numérique pour centraliser leurs démarches en ligne devrait permettre des améliorations réelles et très concrètes au quotidien.

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

Néanmoins, un grand nombre de dispositions opposent nos deux assemblées, à tel point qu'il me semble impossible de trouver aujourd'hui un texte de compromis.

Je pense, en particulier, aux protocoles de coopération ; cette proposition de loi est née de la nécessité de simplifier le déclenchement de ces protocoles de coopération. 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 ». À l'Assemblée, nous avons adopté des dispositions permettant d'étendre ces protocoles de coopération simplifiés au secteur médico-social et à l'exercice coordonné en ville. Il est dommage que le Sénat soit revenu sur les dispositions de la loi « ASAP », rendant ainsi beaucoup plus complexe, voire impossible, la mise en place de protocoles de coopération.

Je pense également à la lutte contre les dérives inquiétantes de l'intérim médical, qui doit être une priorité absolue. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a permis de plafonner par voie réglementaire les prestations d'intérim à 1 170 euros pour une journée de 24 heures de travail effectif. Malgré ce signal extrêmement fort, le cadre réglementaire fixé reste très insuffisamment respecté et appliqué. Notre majorité est déterminée à se montrer la 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 d'outils dissuasifs. Dans ce contexte, je ne peux comprendre que le Sénat ait purement et simplement décidé de supprimer l'article 10 en séance.

En ce qui concerne la gouvernance hospitalière, si nous nous rejoignons sur les grands principes et certaines propositions concrètes, notamment issues du rapport du Professeur Claris, nous sommes en désaccord sur de nombreux points. Je pense par exemple à la dissociation du statut de directeur des soins et de président de la commission des soins. Cette dissociation, qui n'est pas demandée par les acteurs du terrain, bien au contraire, déstabiliserait la gouvernance et nuirait à l'attractivité des postes de directeur des soins.

La suppression de l'article 11 relatif au projet de management des établissements ainsi que la suppression de la présence d'étudiants en santé au directoire envoient un signal de fermeture, là où nous souhaitons promouvoir un hôpital public plus ouvert et plus moderne, donnant une place à chacun.

Sur l'ensemble de ces points, pourtant, j'aurais aimé que chacune de nos assemblées puisse faire un pas, afin de nous mettre d'accord aujourd'hui sur un texte commun. Cela semble toutefois très difficile sans que nous renoncions à nos « lignes rouges » respectives, et je ne peux que le regretter.

M. Jean-Pierre Door, député. Les députés Les Républicains ont une pensée pour Alain Milon, après l'accident survenu il y a trois jours, et lui souhaitent un prompt rétablissement. Après l'examen de la proposition de loi au Sénat, nous

regrettons de ne pas avoir été suffisamment écoutés à l'Assemblée nationale. Il y a des points qui font consensus. Nous divergeons en revanche sur plusieurs articles, notamment les articles 1^{er}, 4, 5 et 6, et quelques autres. Ces articles étaient des éléments essentiels pour un consensus général. Le Sénat a apporté beaucoup d'éléments différents, d'amélioration, ou des éléments nouveaux. Tous ne sont pas à retenir, mais nous en soutenons certains. C'est pourquoi nous pensons qu'il faut revenir en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale.

Mme Élisabeth Doineau, sénatrice. Mes chers collègues, lorsque nous avons commencé à étudier cette proposition de loi, j'ai eu surtout un sentiment de surprise. Évidemment, je salue l'intention de traduire des mesures non-budgétaires du « Ségur ». Il y a eu beaucoup de rapports et beaucoup d'attentes des professionnels à ce sujet. Le texte issu de l'Assemblée nationale a cependant suscité beaucoup d'interpellations, de tous les bords : les fédérations sur la gouvernance des hôpitaux, les auxiliaires de santé, les professionnels de santé et les personnels paramédicaux étaient déconcertés. Je me suis interrogée et j'ai essayé de comprendre ce que voulaient les uns et les autres. J'ai constaté, dans un premier temps, que le texte de la rapporteure avait subi à l'Assemblée nationale beaucoup de transformations. Beaucoup d'autres sont intervenues au Sénat. Et encore, aujourd'hui, à quelques heures de la commission mixte paritaire (CMP), nous recevons beaucoup de demandes et d'interpellations au sujet de ce texte. Je suis donc très ennuyée par ce texte dont l'intention est bonne mais dont la rédaction ne semble pas convenir à beaucoup de monde. C'est déconcertant.

Nous avons approuvé et salué les mesures budgétaires du Ségur, tout en soulignant qu'il y avait des oubliés. Aujourd'hui, je me demande s'il n'y a pas des mesures non budgétaires du Ségur qui ont été oubliées également. On ne va pas satisfaire tout le monde. En ce qui me concerne, j'ai soutenu toutes les mesures en direction des professionnels de santé, les sages-femmes notamment et les personnels paramédicaux. En période de difficultés d'accès aux soins, il faut s'ouvrir, même si je sais que certains sénateurs sont en désaccord avec moi sur ce point, y compris le rapporteur. La délégation de tâches est aujourd'hui nécessaire, et il faut reconnaître que le texte d'aujourd'hui la porte.

J'ai essayé de comprendre les évolutions proposées concernant la gouvernance des hôpitaux. Avec tout ce que nous avons entendu et reçu, les éléments étaient à chaque fois plus confus qu'au départ. Je ne comprends pas que notre pays ne soit pas dans un état d'esprit plus transversal et moins pyramidal. Tout le monde se combat pour son terrain d'autorité ! Soyons plus ouverts sur le monde. Dans d'autres pays, tout le monde travaille ensemble, chacun se respecte et chacun se complète. Il faut arrêter de vouloir le pouvoir à tout prix, même si c'est le cas dans beaucoup de domaines. À l'hôpital, la priorité doit être la santé de nos concitoyens et il ne faut pas perdre de temps avec ceux qui se disputent le pouvoir. Il faut embarquer tout le monde, en respectant la profession de chacun.

Je vous redis donc mon malaise et ma perplexité, après toutes les auditions et ce travail sur ce texte. Je regrette que Sénat et Assemblée nationale ne puissent

s'entendre, mais il y a tellement de points de divergence que je ne vois pas ce qui peut nous réunir, au-delà de quelques articles consensuels améliorés par le Sénat. En conclusion, *wait and see* !

Mme Annie Vidal, députée. Tout d'abord, je voudrais m'associer aux vœux de bon rétablissement au rapporteur Alain Milon. Quelques mots sur ce texte, et notamment le contexte dans lequel il a été discuté, c'est-à-dire des réformes suivies de la crise du covid-19, qui nous a imposé un changement de paradigme. Le Ségur de la santé vise à répondre aux rigidités dont notre hôpital souffre. Ce texte n'est donc pas un projet de loi relatif au système de santé. Les parlementaires ont bien sûr participé à animer le débat, avec l'objectif constant d'améliorer les conditions de travail des soignants et de prendre des mesures pragmatiques. Notre groupe, au nom duquel je m'exprime, a ainsi amendé les dispositions du texte, dont certaines ont été supprimées par le Sénat. Je pense notamment au renforcement de la coopération des acteurs de santé à l'école, à l'article 1^{er} *bis* A, ou aux dispositions relatives aux compétences managériales au sein des établissements de santé, qui nous paraissent contribuer à la coopération entre professionnels et au bon fonctionnement des équipes au quotidien. Cette réforme a été construite dans un esprit de concertation avec le terrain. Le texte issu de l'examen au Sénat est très différent de celui issu de l'Assemblée nationale, ce qui met un coup de frein aux objectifs de simplification et de confiance aux acteurs. Je salue certaines avancées au Sénat sur les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou encore sur l'interopérabilité dans les GHT. Nous avons encore cependant de nombreux points de divergence difficiles à résorber, ce qui ne nous permet pas de converger vers un texte commun.

M. Bernard Jomier, sénateur. Je souhaiterais dire en quelques mots pourquoi ce texte n'est pas adapté. Le texte souffre de deux choses : premièrement, d'une *furia* législative. Beaucoup d'ordonnances de la loi Santé de 2019 n'ont pas encore été publiées et vont l'être au mois de mars. Elles vont interférer avec des dispositions du texte, et on demande au législateur de légiférer dès maintenant, dans l'urgence. Nous avons ces dernières années un mouvement législatif d'ampleur : l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 puis la loi présentée par Agnès Buzyn en juin 2019 au Sénat, puis les mesures prises lors des LFSS suivantes. Ce mouvement a réformé en profondeur le système de soins, les liens entre les professionnels et le financement. Aussi les touches apportées par la proposition de loi sont-elles partielles, sur un édifice dont on ne connaît pas encore les contours. Pourquoi ? Parce que nombre d'ordonnances sont encore dans les tiroirs. Pourquoi légiférer à toute vitesse ? Ce texte est victime de la procédure accélérée permanente. Les débats au Sénat n'étaient pas du tout antagonistes : nous n'étions pas loin, avec un peu plus de temps, d'aboutir à un accord. Quand on ne veut pas d'accord, on fait une procédure accélérée sur tous les textes. Depuis le début du quinquennat, le seul texte à avoir été examiné de manière normale est le projet de loi relatif à la bioéthique. À 99 %, nous légiférons en procédure accélérée. Ce n'est pas comme cela qu'on peut faire « mûrir » un texte.

C'est d'autant plus regrettable que le texte avec lequel on s'est retrouvé est un peu, comme l'a dit Élisabeth Doineau, un objet législatif non identifié. Il n'est tout de même pas banal qu'une proposition de loi compte autant d'articles et aborde autant de thématiques (gouvernance des hôpitaux, rapports entre les professions, urgences avec le service d'accès aux soins). Le texte souffre d'une sous-maturité, il n'est pas abouti. Il ne peut pas l'être dans des délais si courts.

Il contient des dispositions tout à fait intéressantes, par exemple sur les sages-femmes ou sur les mutuelles. Je ne suis pas sûr que ce texte porte le « changement de paradigme » que la crise nous impose. Je l'ai dit à Olivier Véran en séance : vous devriez venir devant le Parlement avec une loi d'adaptation du système de santé pour tirer les leçons de la crise, même si elle n'est pas terminée. Ce « changement de paradigme » ne peut être engagé qu'avec de meilleures conditions d'examen.

Mme Catherine Deroche, vice-présidente. J'apporterai un point de précision sur l'article 10 : la commission n'a pas supprimé cet article mais avait modifié sa rédaction pour impliquer l'agence régionale de santé auprès du directeur de l'hôpital, avant les conclusions du contrat, afin d'éviter les dérives de l'intérim médical. Un mécanisme *a posteriori* présente un risque fort de contentieux pour les établissements, ce que nous refusons. En séance, Olivier Véran a bien défendu la rédaction de l'Assemblée nationale et le Sénat a adopté dans un premier temps un amendement modifiant l'article dans ce sens. Lorsque l'article a été soumis au vote, le Sénat ne l'a pas adopté. L'article n'a donc pas été supprimé d'un revers de manche et la rédaction avait été bien travaillée par le rapporteur, pour souligner la nécessité de ne pas faire porter la responsabilité sur les directeurs d'hôpitaux, d'impliquer les ARS très en amont, et surtout d'éviter un contrôle *a posteriori* qui aurait pu créer des contentieux.

S'agissant du calendrier évoqué par Bernard Jomier, nous avons terminé l'examen du texte le jeudi matin avant l'interruption des travaux parlementaires. La CMP est réunie le mardi de la reprise, et il aurait fallu, dans l'intervalle, élaborer un texte commun en CMP. Si un accord était véritablement souhaité, il n'aurait pas eu lieu dans ces conditions. L'urgence en tout tue l'urgence. Cette forme d'« hystérie législative » devient très pénalisante et le Sénat s'en plaint régulièrement.

Mme Fadila Khattabi, présidente. Je relève qu'il y a un grand nombre de divergences. Dans ces conditions, un peu plus de temps n'aurait pas nécessairement permis d'aboutir à un texte commun. Au regard de la discussion, nous pouvons prendre acte que la commission mixte paritaire ne sera pas conclusive.

*

* *

En conséquence, la commission mixte paritaire a constaté qu'elle ne pouvait parvenir à l'adoption d'un texte commun sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

TABLEAU COMPARATIF

Texte de l'Assemblée nationale

PROPOSITION DE LOI VISANT À AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

CHAPITRE I^{ER}

Exercice en pratique avancée et protocoles de coopération

Article 1^{er}

~~Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération. Dans le double objectif d'un décloisonnement des professions de santé et d'un meilleur accès à la santé, ce rapport d'évaluation fait des propositions permettant d'accélérer le déploiement de l'exercice en pratique avancée et des protocoles de coopération ainsi que de simplifier et d'améliorer ces deux dispositifs, notamment en termes de formation et de rémunération des auxiliaires médicaux en pratique avancée. Il étudie également la possibilité d'accompagner la délégation de tâches avec un transfert des responsabilités.~~

~~Il évalue aussi les besoins et les moyens en matière de réingénierie des formations des auxiliaires médicaux, notamment en vue de réformer les référentiels de ces formations, d'améliorer l'accès à ces formations et de poursuivre leur universitarisation.~~

Texte du Sénat

PROPOSITION DE LOI VISANT À AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

CHAPITRE I^{ER}

Exercice en pratique avancée et protocoles de coopération

Article 1^{er}

(Supprimé)

Article 1^{er} bis AA (nouveau)

Le premier alinéa du II de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les détenteurs du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, du

Texte de l'Assemblée nationale

Article 1^{er} bis A

Le code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Après le mot : « des », la fin du dixième alinéa du II de l'article L. 121-4-1 est ainsi rédigée : « personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée. » ;

2° La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 541-1 est ainsi rédigée : « L'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission, assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée. »

Article 1^{er} bis

La section 3 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complétée par des articles L. 4011-4-1 à L. 4011-4-8 ainsi rédigés :

« Art. L. 4011-4-1. – Des professionnels de santé exerçant au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1 ou L. 1434-12, signataires d'un accord conventionnel interprofessionnel avec les organismes d'assurance maladie peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération après les avoir intégrés dans leur projet de santé.

« Ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'équipe de soins ou de la communauté professionnelle territoriale de santé qui en est à l'initiative.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2.

Texte du Sénat

certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste ».

Article 1^{er} bis A

(Supprimé)

Article 1^{er} bis

Après l'article L. 4011-4 du code de la santé publique, sont insérés des articles L. 4011-4-1 à L. 4011-4-8 ainsi rédigés :

« Art. L. 4011-4-1. – Des professionnels de santé exerçant en secteur ambulatoire ou au sein d'un service ou établissement médico-social et travaillant en équipe peuvent, à leur initiative, élaborer un protocole autre qu'un protocole national proposant une organisation innovante, afin notamment de renforcer le maillage territorial de l'offre de soins. Ce protocole est instruit, autorisé, suivi et évalué dans le cadre de la procédure des expérimentations à dimension régionale mentionnées au III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Le protocole n'est valable que pour l'équipe promotrice, dont les professionnels de santé sont tenus de se faire enregistrer sans frais auprès de l'agence régionale de santé.

Texte de l'Assemblée nationale

~~« Art. L. 4011-4-2. — Des professionnels de santé exerçant au sein d'établissements médico-sociaux publics ou privés peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision du directeur de l'établissement et, dans les établissements mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, après avis conforme de la commission de coordination gériatrique.~~

~~« Ces protocoles ne sont valables qu'au sein des établissements qui en sont à l'initiative.~~

~~« Ces protocoles doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2.~~

~~« Art. L. 4011-4-3. — Des professionnels exerçant dans un même établissement public ou privé de santé ou dans plusieurs établissements différents au sein d'un même groupement hospitalier de territoire mentionné à l'article L. 6132-1, au sein d'une équipe de soins ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé mentionnées aux articles L. 1411-11-1 et L. 1434-12, signataires d'un accord conventionnel interprofessionnel avec les organismes d'assurance maladie, ou d'un établissement médico-social public ou privé peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision, pour chacune des parties aux protocoles, des entités décisionnaires mentionnées à l'article L. 4011-4 et au premier alinéa des articles L. 4011-4-1 et L. 4011-4-2.~~

~~« Ces protocoles ne sont valables qu'au sein des entités qui en sont à l'initiative.~~

~~« Ces protocoles doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2.~~

~~« Art. L. 4011-4-4. — Les responsables des entités à l'initiative des protocoles mentionnées à la présente section déclarent la mise en œuvre des protocoles auprès du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. Celui-ci transmet ces protocoles pour information à la Haute Autorité de santé ainsi qu'au comité national des coopérations interprofessionnelles mentionné à l'article L. 4011-3.~~

~~« Art. L. 4011-4-5. — Les responsables des entités à l'initiative des protocoles mentionnées à la présente section transmettent annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé les~~

Texte du Sénat

~~« Art. L. 4011-4-2
à L. 4011-4-8. — (Supprimés) »~~

Texte de l'Assemblée nationale

données relatives aux indicateurs de suivi des protocoles. Ils l'informent sans délai des événements indésirables liés à l'application des protocoles.

« Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente constate que les exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2 ne sont pas garanties ou que les dispositions du protocole ne sont pas respectées, il peut suspendre la mise en œuvre ou mettre fin à un protocole local de coopération.

« Art. L. 4011-4-6. — À la demande de l'entité à l'initiative des protocoles ou à son initiative, le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national. Ce déploiement est autorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 4011-4-7. — Dans le cadre des protocoles de coopération prévus à la présente section, les personnels délégués peuvent être disponibles à l'égard des personnels délégués par le biais de la télésanté.

« Art. L. 4011-4-8. — Les modalités d'application des dispositions de la présente section sont déterminées par décret, notamment :

« 1° Les dispositions de la section 2 du présent chapitre qui s'appliquent au déploiement sur tout le territoire national d'un protocole local en application de l'article L. 4011-4-6 ;

« 2° La nature des indicateurs mentionnés à l'article L. 4011-4-5, qui comprennent un suivi de la qualité des soins. »

Texte du Sénat

Article 1^{er} ter A (nouveau)

Au dernier alinéa du I de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, les mots : « et de la santé. » sont remplacés par les mots : « . de la santé et du handicap ».

CHAPITRE II

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

CHAPITRE II

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

Texte de l'Assemblée nationale

.....

Article 2 bis

À l'article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale, ~~les mots : « ou par le médecin traitant »~~ sont ~~remplacés~~ par les mots : « ~~, par le médecin traitant~~ ou la sage-femme prescriptrice ».

.....

Article 2 quater

L'article L. 4151-4 du code de la santé publique est ~~complété par un alinéa~~ ainsi rédigé :

~~« Elles peuvent prescrire le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements d'infections sexuellement transmissibles listés par arrêté à leurs patientes et aux partenaires de leurs patientes. »~~

Article 2 quinquies A

L'article L. 4151-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase est ainsi modifiée :

a) Après le mot : « médicaux », sont ~~insérés~~ les mots : « et médicaments » ;

Texte du Sénat

.....

Article 2 bis

À l'article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « prescripteur », sont insérés les mots : « ou la sage-femme prescriptrice ».

.....

Article 2 quater

L'article L. 4151-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-4. – Les sages-femmes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, détermine les conditions d'application du présent article. »

Article 2 quinquies AA (nouveau)

Après l'article L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-8-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-8-2. – Afin de favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin, pendant et après la grossesse, toute assurée ou avant droit enceinte peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

Article 2 quinquies A

(Supprimé)

Texte de l'Assemblée nationale

~~b) Les mots : « , et » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, mise à jour après la mise sur le marché d'un nouveau dispositif médical ou médicament nécessaire à l'exercice de la profession de sage-femme, ainsi que » ;~~

~~2° Au second alinéa, les mots : « les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et prescrire » sont supprimés.~~

Article 2 quinquies B

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'il est amené à lui dispenser. »

Article 2 quinquies

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, les mots : « dispositifs médicaux » sont remplacés par les mots : « produits de santé, dont les substituts nicotiniques, » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « dispositifs médicaux » sont remplacés par les mots : « produits de santé » ;

2° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée.

Texte du Sénat

Article 2 quinquies B

(Supprimé)

Article 2 quinquies

À la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, les mots : « , dans des conditions définies par décret » sont supprimés.

1° et 2° *(Supprimés)*

Article 2 sexies (nouveau)

Après le 3° de l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique, sont insérés des 4° et 5° ainsi rédigés :

« 4° Les infirmières et infirmiers :

« 5° Les médecins généralistes de premier recours. »

Article 2 septies (nouveau)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Après l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3121-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 3121-2-3. – I. – Lorsqu'une situation d'urgence justifie la prise d'un traitement indiqué dans la prévention de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine, les premières prises de ce traitement peuvent être prescrites par un médecin de ville ou peuvent être délivrées sans ordonnance par un pharmacien, après information du patient sur le protocole à suivre pour la poursuite efficace du traitement.

« Par dérogation à l'article L. 1111-5, la personne mineure, qui s'oppose à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale préalablement à la mise en œuvre du traitement mentionné au premier alinéa du présent I, est dispensée de se faire accompagner d'une personne majeure.

« II. – Sous réserve de la réalisation préalable des examens nécessaires, la prescription d'un traitement indiqué dans la prévention de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine peut intervenir à l'occasion d'une téléconsultation assurée par un médecin, sans nécessité pour le patient d'avoir été préalablement orienté par son médecin traitant ni d'avoir déjà consulté en présentiel le médecin téléconsultant.

« III. – Les modalités d'application des I et II sont précisées par décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. »

Article 2 octies (nouveau)

L'article L. 4331-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux et aides techniques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine, dans des conditions définies par décret. »

Article 2 nonies (nouveau)

L'article L. 4341-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

1° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« L'orthophoniste peut pratiquer son art sur prescription médicale. Dans ce cas, il est habilité à renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an. » ;

2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La seconde phrase est ainsi rédigée : « Un compte rendu du bilan ayant été réalisé par l'orthophoniste est adressé au médecin traitant et peut être reporté dans le dossier médical partagé. »

Article 2 *decies* (nouveau)

Le I de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° De pouvoir effectuer certaines vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. »

Article 2 *undecies* (nouveau)

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après la première occurrence du mot : « médicale », sont insérés les mots : « , des actes de vaccination » ;

2° Au deuxième alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

CHAPITRE III

Recrutement des praticiens hospitaliers et mesures diverses concernant l'emploi en établissement public de santé

CHAPITRE III

Recrutement des praticiens hospitaliers et mesures diverses concernant l'emploi en établissement public de santé

Article 3

Le chapitre II du titre V du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Article 3

Le 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Sous réserve de ce statut, leur recrutement pourvoit dans les meilleurs délais aux vacances de poste dans un pôle d'activité déclarées

Texte de l'Assemblée nationale

1° Après l'article L. 6152-5-2, il est inséré un article L. 6152-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-5-3. — La procédure de recrutement en qualité de praticien hospitalier a pour but de pourvoir à la vacance de postes dans un pôle d'activité d'un établissement public de santé, déclarée par le directeur général du Centre national de gestion en utilisant toutes voies de simplification définies par voie réglementaire permettant que les postes soient pourvus dans les meilleurs délais. » ;

2° À l'article L. 6152-6, après la référence : « L. 6152-4 », est insérée la référence : « et L. 6152-5-3 ».

Article 4

À compter de la publication de la présente loi, pour une durée de trois ans, le directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, sur proposition conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement de l'établissement partie et après avis de la commission médicale de groupement, peut décider de la création de postes de praticien hospitalier. L'avis de la commission médicale de groupement évalue la conformité de cette création de postes avec le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Texte du Sénat

par le directeur général du centre national de gestion. »

1° et 2° (*Supprimés*)

Article 4

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 2° de l'article L. 1434-2, après le mot : « médico-sociaux », sont insérés les mots : « , elle-même issue du projet territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 » ;

2° Le III de l'article L. 1434-10 est ainsi modifié :

a) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

— après le mot : « donne », il est inséré le mot : « obligatoirement » ;

— après le mot : « médico-sociaux », sont insérés les mots : « au sein desquels figurent obligatoirement les groupements hospitaliers de territoire mentionnés à l'article L. 6132-1 » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « tient », il est inséré le mot : « obligatoirement » ;

Texte de l'Assemblée nationale

Article 4 bis

L'article L. 1112-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « intervention », sont insérés les mots : « des bénévoles et » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « privés », sont insérés les mots : « et les personnes bénévoles qui y interviennent à titre individuel ».

Article 4 ter

L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « L. 6154-1, », sont insérés les mots : « et des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre bénévole » ;

2° La seconde phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « Ces contrats, à l'exception de ceux conclus avec les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre bénévole, sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

Texte du Sénat

3° Le II de l'article L. 6132-2 est ainsi modifié :

a) Après la première phrase du 1°, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il s'appuie sur le projet territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 et, le cas échéant, sur le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2. » :

b) Le b du 5° est complété par une phrase ainsi rédigée : « En sont membres avec voix consultative le directeur et un représentant de la conférence médicale des établissements mentionnés au VIII de l'article L. 6132-1 ainsi que les représentants légaux des communautés mentionnées à l'article L. 1434-12 dont les territoires d'action sont inclus dans la convention mentionnée au I de l'article L. 6132-1. »

Article 4 bis

(Supprimé)

Article 4 ter

(Alinéa sans modification)

1° *(Alinéa sans modification)*

2° *(Alinéa sans modification)*

3° (nouveau) Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les contrats conclus avec les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre bénévole ne se substituent pas aux postes de titulaires laissés vacants. »

Texte de l'Assemblée nationale

Article 4 quater

~~Le chapitre I^{er} du titre V du livre IV de la première partie du code la santé publique est complété par un article L. 1451-5 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1451-5. – 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. »~~

CHAPITRE IV
Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé

Texte du Sénat

Article 4 quater A (nouveau)

L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique s'applique à compter du lendemain de la publication du décret en Conseil d'État mentionné au dernier alinéa du même article L. 6152-5-1, et au plus tard le 1^{er} juillet 2021.

Article 4 quater

(Supprimé)

Article 4 quinquies (nouveau)

I. – L'article L. 6161-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du 4° du I de l'article L. 6112-2, les professionnels médicaux libéraux ayant conclu un contrat avec les établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 qui, à la date de promulgation de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, pratiquent des honoraires ne correspondant pas aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, sont autorisés à facturer des dépassements de ces tarifs. Ces professionnels médicaux libéraux fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit. »

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est abrogé.

CHAPITRE IV
Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé

Texte de l'Assemblée nationale

Article 5

Après l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6146-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-1-1. – Les services mentionnés à l'article L. 6146-1 constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

« Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

« Dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement après avis du chef de

Texte du Sénat

Article 5

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° (nouveau) Au 4° du II de l'article L. 6132-2, les mots : « , le cas échéant. » sont supprimés ;

2° (nouveau) L'article L. 6146-1 est ainsi modifié :

a) Le huitième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Ce contrat prévoit les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle pour la gestion des ressources humaines du pôle ainsi que l'engagement de dépenses de fonctionnement et d'investissement, dans des limites fixées par arrêté ministériel. Les termes de ce contrat sont discutés en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé. » ;

b) Au début de la deuxième phrase du onzième alinéa, sont ajoutés les mots : « Sans préjudice du premier alinéa de l'article L. 6146-1-1. » ;

c) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Sans préjudice du septième alinéa du même article L. 6146-1-1, le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, départements, unités et structures qui composent le pôle. » ;

3° Après le même article L. 6146-1, il est inséré un article L. 6146-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-1-1. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Dans les centres hospitaliers, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement et après avis du chef de pôle. Dans les centres

Texte de l'Assemblée nationale

pôle et concertation des personnels affectés dans le service selon des modalités fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

« Lorsque le chef de service est un praticien des armées, la décision de nomination est prise conjointement par le directeur et le ministre de la défense.

« La durée du mandat des chefs de service est fixée par décret. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, ~~au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement.~~ Dans le cadre de l'article L. 6146-1, le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle prévu au même article L. 6146-1.

« Le chef de service ~~participe~~ à la concertation interne ~~prévue audit article L. 6146-1~~ et favorise le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 5 bis

L'article L. 6143-2-2 ~~du code de la santé publique~~ est ainsi modifié :

Texte du Sénat

hospitaliers et universitaires, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de composante ou d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique, et après avis du chef de pôle. En cas de désaccord, la décision revient au directeur d'établissement.

« Lorsque le chef de service est un praticien des armées, la décision de nomination est prise conjointement par le directeur de l'établissement et le ministre de la défense.

(Alinéa sans modification)

« Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement et au projet médical partagé mentionné au 1° du II de l'article L. 6132-2. Dans le cadre de l'article L. 6146-1, le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle mentionné au même article L. 6146-1.

« Le chef de service organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

(Alinéa sans modification)

4° *(nouveau) (Supprimé).*

Article 5 bis A *(nouveau)*

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, après le mot : « qualité », sont insérés les mots : « de la pertinence ».

Article 5 bis

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6143-2-2 est ainsi modifié :

Texte de l'Assemblée nationale

1° Au début, sont ajoutés ~~quatre~~ quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le projet médical ~~défini~~ défini 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 prend~~ Il prend en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques.

« ~~Il~~ Il ~~défini~~ défini également les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours des patients.

« Dans les centres hospitaliers universitaires, ~~il comprend~~ ils comprennent l'articulation avec les objectifs stratégiques en matière de recherche en santé et de formation, en lien avec les directeurs des unités de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique.

« ~~Il~~ Il ~~défini~~ défini l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé, les professionnels de santé libéraux, notamment ceux exerçant au sein des dispositifs d'exercice coordonné mentionnés aux articles L. 1411-11-1 ou L. 1434-12, et dans les établissements médico-sociaux. »;

Texte du Sénat

a) Au début, sont ajoutés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques définissent, chacun pour les compétences qui leur sont attribuées par le présent code, 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. Ces besoins sont régulièrement évalués afin d'y adapter l'offre de soins. Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prennent en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques.

« Ils définissent également les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours des patients, notamment ceux en situation de handicap.

« Dans les centres hospitaliers universitaires, ils comprennent l'articulation avec les objectifs stratégiques en matière de recherche en santé et de formation, en lien avec les directeurs des unités de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique.

« Ils définissent, sans préjudice et en cohérence avec le plan médical partagé mentionné au 1° du II de l'article L. 6132-2, l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé, les professionnels de santé libéraux, notamment ceux exerçant au sein des dispositifs d'exercice coordonné mentionnés aux articles L. 1411-11-1 ou L. 1434-12, et dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

« Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont élaborés, en étroite association avec le directeur d'établissement, respectivement par les membres de la commission médicale d'établissement et les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, chacune des commissions recueillant, pour le projet dont elle est chargée, l'avis de l'autre. Les projets sont ensuite soumis au directoire par le directeur d'établissement et, respectivement, le président de la commission concernée. Après délibération, le directoire peut demander au directeur d'établissement et au président de la commission concernée de renvoyer le projet à ladite commission afin de le compléter et de l'amender sous un délai d'un mois. La commission concernée adopte un projet final, que le directeur d'établissement et le président de ladite

Texte de l'Assemblée nationale

2^o Le début de la deuxième phrase est ainsi rédigé : « ~~Il comprend~~ les... (le reste sans changement). »

Article 6

Texte du Sénat

commission soumettent pour approbation au directoire. » ;

b) Le début de la deuxième phrase est ainsi rédigé : « Ils comprennent les... (le reste sans changement). » ;

2^o (nouveau) Le premier alinéa de l'article L. 6143-7-3 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est supprimée ;

b) Au début de la dernière phrase, sont ajoutés les mots : « En étroite collaboration avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, » ;

3^o (nouveau) La première phrase de l'article L. 6143-7-4 est ainsi modifiée :

a) Après les mots : « projet médical », sont insérés les mots : « et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » ;

b) Après le mot : « prépare », sont insérés les mots : « sur cette base » ;

c) À la fin, les mots : « , notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » sont supprimés.

Article 6

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o (nouveau) Au *c* du 5^o du II de l'article L. 6132-2, après les mots : « d'établissement », sont insérés les mots : « et les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » ;

2^o (nouveau) L'article L. 6144-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– le mot : « contribue » est remplacé par les mots : « et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent » ;

Texte de l'Assemblée nationale

Le chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie ~~du code de la santé publique~~ est complété par un article L. 6146-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6146-12.* – Par dérogation aux articles L. 6144-1, L. 6144-2 et L. 6146-9, le directeur peut décider, sur proposition conjointe des présidents de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, après consultation du conseil de surveillance, la création d'une commission médico-soignante d'établissement se substituant à ces deux commissions.

Texte du Sénat

– les mots : « et de son projet médical » sont remplacés par les mots : « et, dans les conditions mentionnées à l'article L. 6143-2-2, de leurs projets médical et de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » ;

– les mots : « elle propose » sont remplacés par les mots : « elles proposent » ;

b) Au début du deuxième alinéa, les mots : « Elle est consultée » sont remplacés par les mots : « Elles sont consultées » ;

3° (nouveau) L'article L. 6144-2 est ainsi modifié :

a) Après la première phrase du premier alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée de représentants des cadres de santé, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des aides-soignants. » ;

b) La seconde phrase du même premier alinéa est ainsi rédigée : « Chacune élit son président. » ;

c) Au début du second alinéa, le mot : « Sa » est remplacé par le mot : « Leur » et le mot : « ses » est remplacé par le mot : « leurs » ;

4° (nouveau) L'article L. 6146-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « , qui travaille en étroite collaboration avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

5° Le chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie est complété par un article L. 6146-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6146-12.* – Par dérogation aux articles L. 6144-1, L. 6144-2 et L. 6146-9, le directeur de l'établissement peut décider, sur proposition conjointe des présidents de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, après consultation du conseil de surveillance, la création d'une commission médico-soignante d'établissement se substituant à ces deux commissions.

Texte de l'Assemblée nationale

« Cette décision doit recueillir préalablement l'avis conforme de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« La commission médico-soignante ainsi créée se substitue à la commission médicale d'établissement et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les compétences qui leur sont respectivement attribuées par le présent code.

« La commission médico-soignante élit son président parmi les représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. ~~Le coordonnateur général des soins infirmiers en est le vice-président.~~

« Le président et le vice-président de la commission médico-soignante assurent respectivement les compétences attribuées par le présent code au président de la commission médicale d'établissement et au président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission médico-soignante sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement. L'ensemble des professions médicales et paramédicales sont équitablement représentées au sein de la commission médico-soignante d'établissement.

« La commission médico-soignante d'établissement est dissoute, après information du conseil de surveillance, sur décision du directeur de l'établissement s'il constate des manquements ou dysfonctionnements dans la mise en œuvre du dispositif ou, le cas échéant, sur saisine de la majorité des membres de la commission représentant des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques ou de la majorité des membres de la commission représentant des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

Article 6 bis

Texte du Sénat

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« La commission médico-soignante élit son président parmi les représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques ainsi que son vice-président parmi les représentants des cadres de santé, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des aides-soignants.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« La commission médico-soignante d'établissement est dissoute, après information du conseil de surveillance, sur décision du directeur de l'établissement s'il constate des manquements ou dysfonctionnements dans la mise en œuvre du dispositif ou, le cas échéant, sur saisine de la majorité des membres de la commission représentant des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques ou de la majorité des membres de la commission représentant des cadres de santé, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des aides-soignants. Dans le cas d'une saisine, la décision du directeur est liée. »

Article 6 bis

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Texte de l'Assemblée nationale

Au 4° de l'article L. 6143-7 du code de la ~~santé publique~~, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ».

Article 7 bis

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6311-2 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Texte du Sénat

1° (*nouveau*) Au 2°, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et après avoir recueilli l'avis de ces deux commissions » ;

2° Au 4°, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ».

Article 7 bis A (*nouveau*)

Après l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6132-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6132-1-1.* – Lorsque les organes et instances du groupement sont réunis pour délibérer par vote sur décision, il est établi le principe de l'attribution d'une voix par membre ayant voix délibérative. Ce principe concerne le comité stratégique, le comité territorial des élus locaux, le comité des usagers ou la commission des usagers du groupement et la conférence territoriale de dialogue social. »

Article 7 bis B (*nouveau*)

À la première phrase du premier alinéa et au deuxième alinéa du 1° du I de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, après le mot : « convergent », sont insérés les mots : « et interopérable ».

Article 7 bis

La sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A (*nouveau*) À l'intitulé du livre III et du titre I^{er} du même livre III, après le mot : « urgente », sont insérés les mots : « service d'accès aux soins » ;

1° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Alinéa sans modification*)

Texte de l'Assemblée nationale

« Ces unités participent au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3. » ;

b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il doit être ~~porté~~ avec les professionnels de santé du territoire exerçant en établissement de santé ~~et en secteur ambulatoire s'organisant pour mettre en œuvre le service d'accès aux soins.~~ » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « peut être » sont remplacés par le mot : « est » ;

2° Il est ~~ajouté un article L. 6311-3~~ ainsi rédigé :

« Art. L. 6311-3. – Le service d'accès aux soins a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état.

« Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 et une régulation de médecine ambulatoire.

« Il est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire.

« Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et des services d'incendie et de secours.

« Les modalités de mise en œuvre du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

Article 8

Le titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Texte du Sénat

(Alinéa sans modification)

b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il doit être organisé avec les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé participant à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3. » ;

(Alinéa sans modification)

2° Après le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III, il est inséré un chapitre I^{er bis} ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{ER} BIS

« Service d'accès aux soins

« Art. L. 6311-3. – Le service d'accès aux soins a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état et adaptés à ses besoins spécifiques.

« Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 et une régulation de médecine ambulatoire coordonnée avec les horaires de permanence des soins adaptés aux besoins de santé de la population.

« Il est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Article 8

(Alinéa sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

1° Le chapitre VI est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 6146-1 est supprimée ;

b) Après le même article L. 6146-1, il est inséré un article L. 6146-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-1-2. – Par dérogation aux articles L. 6146-1 et L. 6146-1-1, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'un établissement public de santé peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et à l'organisation des soins, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire.

« Cette décision est prise après avis conforme de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le comité technique d'établissement est consulté.

« Dans le cadre de la dérogation mentionnée au premier alinéa du présent article, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement nomment conjointement les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées, après avis de la commission médicale d'établissement. Le directeur prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures.

« Les modalités de cette organisation interne ainsi que ses conséquences sur les actions de coopération dans lesquelles l'établissement est engagé sont précisées dans le règlement intérieur de l'établissement. » ;

2° Il est ajouté un chapitre IX ainsi rédigé :

« CHAPITRE IX

« **Simplification et liberté d'organisation**

« Art. L. 6149-1. – Par dérogation aux dispositions du présent code relatives au ~~directoire~~, à la commission médicale d'établissement, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'à l'organisation interne de l'établissement, notamment aux articles ~~L. 6143-7-5~~, L. 6144-1, L. 6144-2,

Texte du Sénat

1° (Alinéa sans modification)

a) (Alinéa sans modification)

b) (Alinéa sans modification)

« Art. L. 6146-1-2. – Par dérogation aux articles L. 6146-1 et L. 6146-1-1, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'un établissement public de santé peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire.

(Alinéa sans modification)

« Dans le cadre de la dérogation mentionnée au premier alinéa du présent article, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement nomment conjointement les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le directeur prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et du comité technique d'établissement, les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures.

(Alinéa sans modification)

2° (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 6149-1. – Par dérogation aux dispositions du présent code relatives à la commission médicale d'établissement, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'à l'organisation interne de l'établissement, notamment aux articles L. 6144-1, L. 6144-2, L. 6146-1, L. 6146-2

Texte de l'Assemblée nationale

L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6146-9, un établissement peut organiser librement le fonctionnement médical, les soins et la gouvernance en son sein, conformément au projet d'établissement approuvé par le conseil de surveillance.

« Cette libre organisation est décidée conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, après avis favorables de cette commission et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que, le cas échéant, du comité technique d'établissement et du conseil de surveillance.

~~« En tant que de besoin, le directeur prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, les modalités de participation des personnels au fonctionnement de ces structures et les modalités d'expression de ces mêmes personnels en leur sein.~~

« Les modalités de cette gouvernance et de cette organisation internes sont précisées dans le règlement intérieur de l'établissement.

« *Art. L. 6149-2.* – Des mesures réglementaires déterminent ~~en tant que de besoin~~ les modalités d'application des dispositions du présent chapitre. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'État. »

Article 8 bis

Après le huitième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les parlementaires sont membres de droit du conseil de surveillance d'un établissement public de santé de leur département. »

Article 9

L'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « neuf » et le mot : « neuf » est remplacé par le mot : « onze » ;

2° Après le cinquième alinéa, ~~il est inséré un alinéa~~ ainsi rédigé :

Texte du Sénat

et L. 6146-9, un établissement peut organiser librement le fonctionnement médical, les soins et la gouvernance en son sein, conformément au projet d'établissement approuvé par le conseil de surveillance.

(Alinéa sans modification)

« Le directeur prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et du comité technique d'établissement, les modalités de participation des personnels au fonctionnement des structures ainsi créées et les modalités d'expression de ces mêmes personnels en leur sein.

(Alinéa sans modification)

« *Art. L. 6149-2.* – Des mesures réglementaires déterminent les modalités d'application des dispositions du présent chapitre. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'État. »

Article 8 bis

(Supprimé)

Article 9

(Alinéa sans modification)

1° *(Alinéa sans modification)*

2° Après le cinquième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

Texte de l'Assemblée nationale

« – un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme ce membre après avis du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; »

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur peut en outre, après avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après concertation avec le directoire, désigner au plus ~~trois personnalités~~ qualifiées qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces ~~personnalités participent~~ avec voix consultative aux séances du directoire. »

Article 9 bis

~~Le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque le directeur estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts au sens de l'article 25 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il peut déléguer ses pouvoirs à un membre de l'équipe de direction en~~

Texte du Sénat

« – le directeur mentionné à l'article L. 6146-9 ;

(Alinéa sans modification)

2° bis (nouveau) Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « membres », sont insérés les mots : « qui appartiennent aux professions médicales » ;

b) Les mots : « pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme » sont remplacés par les mots : « ces membres sont nommés » ;

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur peut en outre, après avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après concertation avec le directoire, désigner au plus deux représentants d'usagers, qui ne peuvent être membres du conseil de surveillance et qui peuvent participer, de manière ponctuelle et avec voix consultative, aux séances du directoire.

« Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions, dont communication est donnée sous un délai de quinze jours aux personnels mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6146-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 6146-1-1. »

Article 9 bis

Après le 18° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Texte de l'Assemblée nationale

application du 5° du II du même article 25 bis. Il en informe le conseil de surveillance.»

Article 10

I. — L'article L. 6146-4 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« Art. L. 6146-4. — Le directeur général de l'agence régionale de santé, lorsqu'il est informé par le comptable public de l'irrégularité d'actes juridiques conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire, en application de l'article L. 6146-3, ou avec un praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1, défère ces actes au tribunal administratif compétent. Il en avise alors sans délai le directeur de l'établissement concerné ainsi que le comptable public.

« Lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du praticien ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que ce montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement de la rémunération irrégulière. Dans ce cas, il en informe le directeur de l'établissement public de santé qui procède à la

Texte du Sénat

« Lorsque le directeur estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts au sens de l'article 25 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il en informe le conseil de surveillance. »

Article 9 ter A (nouveau)

L'article L. 6143-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 1°, après les mots : « exécutif ou son représentant », sont insérés les mots : « , le président du conseil régional ou son représentant » ;

2° Au sixième alinéa, les mots : « et au 3° » sont supprimés.

Article 9 ter (nouveau)

Après le 8° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les orientations stratégiques et financières pluriannuelles et leurs modifications. »

Article 10

(Supprimé)

Texte de l'Assemblée nationale

régularisation de cette dernière conformément aux conditions fixées par la réglementation.»

II. — Le I entre en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

Article 11

Le chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa de l'article L. 6143-2 est ainsi modifié :

a) À la fin de la troisième phrase, les mots : « et un projet social » sont remplacés par les mots : « , un projet social et un projet de gouvernance et de management » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. » ;

2^o Après l'article L. 6143-2-2, il est inséré un article L. 6143-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-2-3. Le projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement. Il prévoit les modalités de désignation des responsables hospitaliers. Il tient compte, en cohérence avec le projet social mentionné à l'article L. 6143-2-1, des besoins et des attentes individuels et collectifs des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap. Il comporte un volet spécifique dédié à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé. Il porte également sur les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités. Il comprend enfin des actions de sensibilisation aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de prévention des risques psychosociaux auxquels peuvent être exposés de manière spécifique les personnels soignants, médicaux et paramédicaux. »

Texte du Sénat

Article 11

(Supprimé)

Texte de l'Assemblée nationale

.....

CHAPITRE V Simplification et gouvernance des organismes régis par le code de la mutualité

.....

Article 13 *quater*

L'article L. 310-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

~~« Ces mutuelles et unions ne peuvent participer à des missions de service public que dans les cas et conditions prévus par la loi ou par une convention de délégation de service public. »~~

CHAPITRE VI Simplification des démarches des personnes en situation de handicap

Article 14

Pour la mise à disposition de l'information et des services numériques destinés aux personnes handicapées dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a la charge en application de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est créé une plateforme numérique nationale d'information et de services personnalisés dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations. Cette plateforme déploie des services numériques permettant de faciliter les démarches administratives des personnes handicapées, de leurs aidants et de leurs

Texte du Sénat

.....

Article 11 *ter* (nouveau)

Après l'article L. 6143-2-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6143-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-2-3. – Le projet psychologique prévu à l'article L. 6143-2 comporte plusieurs volets relatifs aux activités cliniques des psychologues, à leurs activités de formation et de recherche, ainsi que les modalités de leur organisation et de leur structuration dans l'établissement.

« Lorsque l'effectif des psychologues le permet, il prévoit la désignation de psychologues coordonnateurs chargés de leur encadrement hiérarchique de proximité. »

CHAPITRE V Simplification et gouvernance des organismes régis par le code de la mutualité

.....

Article 13 *quater*

(Supprimé)

CHAPITRE VI Simplification des démarches des personnes en situation de handicap

Article 14

(Alinéa sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

représentants légaux ainsi que le suivi personnalisé de leur parcours, notamment en matière d'accès à l'emploi et à la formation. Cette plateforme est accessible, au sens de l'article 47 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique. Elle collecte le retour d'expérience des utilisateurs dans la perspective d'une amélioration continue de son utilisation.

Les services mis en place dans le cadre de la plateforme mentionnée au premier alinéa du présent article sont proposés en complément des modalités d'accueil physique et téléphonique établies pour assurer l'information et la conduite des démarches des personnes handicapées, de leurs aidants et de leurs représentants légaux.

Pour la délivrance des services personnalisés de la plateforme, il est créé un traitement automatisé de données à caractère personnel permettant l'alimentation, la gestion et l'utilisation des droits inscrits sur l'espace personnel de chaque titulaire d'un compte sur la plateforme numérique nationale prévue au premier alinéa ~~du présent article~~. Dans le cadre de ses finalités, ce traitement est alimenté par les données à caractère personnel strictement nécessaires, issues notamment des traitements relatifs à la déclaration sociale nominative définie à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ou du traitement relatif au compte personnel de formation défini au II de l'article L. 6323-8 du code du travail, y compris le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

La Caisse des dépôts et consignations est habilitée à conduire les procédures d'attribution des contrats de la commande publique répondant à ses besoins pour la mise en œuvre de la plateforme numérique nationale d'information et de services personnalisés destinée aux personnes handicapées, à leurs aidants, à leurs représentants légaux et aux entreprises ainsi qu'à conclure ces contrats et à assurer le suivi de leur exécution.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article.

Texte du Sénat

Les services mis en place dans le cadre de la plateforme mentionnée au premier alinéa du présent article sont proposés en complément des modalités d'accueil physique et téléphonique établies par chaque département pour assurer l'information et la conduite des démarches des personnes handicapées, de leurs aidants et de leurs représentants légaux.

La définition des services personnalisés mis en place dans le cadre de la plateforme mentionnée au même premier alinéa se fait en concertation avec les départements.

Pour la délivrance des services personnalisés de la plateforme, il est créé un traitement automatisé de données à caractère personnel permettant l'alimentation, la gestion et l'utilisation des droits inscrits sur l'espace personnel de chaque titulaire d'un compte sur la plateforme numérique nationale prévue audit premier alinéa. Dans le cadre de ses finalités, ce traitement est alimenté par les données à caractère personnel strictement nécessaires, issues notamment des traitements relatifs à la déclaration sociale nominative définie à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ou du traitement relatif au compte personnel de formation défini au II de l'article L. 6323-8 du code du travail, y compris le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

(Alinéa sans modification)

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et

Texte de l'Assemblée nationale

Article 14 bis

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'attractivité des postes de praticiens au sein des établissements de santé privés d'intérêt collectif. Ce rapport s'attache notamment à faire le point sur l'évolution du traitement indiciare des professionnels de santé de ces établissements.

Article 14 ter

Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un état des lieux de la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes. Ce rapport identifie les mesures nécessaires pour remédier au manque de coopération entre professionnels, en particulier dans le double objectif d'un meilleur accès à la santé et d'une politique de prévention effective et efficace.

.....

Texte du Sénat

des libertés, fixe les conditions d'application du présent article.

Article 14 bis A (nouveau)

Un référent handicap est nommé dans chaque établissement relevant de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 6112-5 du même code.

Un décret définit ses missions et le cadre de son intervention.

Article 14 bis

(Supprimé)

Article 14 ter

(Supprimé)

.....