

N° 2428

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 novembre 2019.

## RAPPORT

FAIT

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

PAR M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE,

Député.

---

---

Voir le numéro :

*Assemblée nationale* : **2226**.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>SYNTHÈSE</b> .....	5
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	6
1. Les services d'urgence sur-sollicités .....	6
2. Une situation lourde de conséquences .....	8
3. Des tentatives de solutions encore insuffisamment performantes .....	9
4. Contribuer à apporter une réponse rapide aux attentes de nos concitoyens .....	10
<b>COMMENTAIRES DES ARTICLES</b> .....	13
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Création d'un dispositif d'accueil pour soins immédiats.....	13
<i>Article 2</i> : Gage de recevabilité .....	17
<b>COMPTE RENDUS DES TRAVAUX</b> .....	19
<b>ANNEXES</b> .....	43
<b>ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR</b> .....	43
<b>ANNEXE N° 2 : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI</b> .....	45



## SYNTHÈSE

Cette proposition de loi s'inspire d'une initiative déjà développée et évaluée en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Elle vise à apporter une réponse à une demande pressante des patients face à la nécessité de soins immédiats ponctuels :

- n'engageant pas le pronostic vital ou fonctionnel du patient ;
- demandant une réponse immédiate (plaie, entorse, fractures ...) ;
- nécessitant un plateau technique minimum (imagerie, biologie, instruments de petite chirurgie) avec possibilité de disposer d'une télé-expertise ;
- ne devant pas entraîner d'hospitalisation.

### **Quels moyens ?**

Les « points d'accueil pour soins immédiats » ont vocation à mobiliser la médecine générale de ville autour d'une communauté pluri professionnelle de santé et des projets territoriaux de santé.

Les médecins généralistes de ville, d'un même territoire, volontaires, qui ne disposent pas dans leurs cabinets des outils pour répondre à ces soins immédiats, pourront ainsi exercer cette activité, à temps partiel, suivant un planning défini par eux, au sein d'une structure disposant déjà d'un plateau technique, à l'instar d'un hôpital de proximité, d'un centre de santé ou d'une maison de santé pluridisciplinaire.

### **Quelles modalités ?**

Pour être labellisées PASI par le directeur général de l'agence régionale de santé du territoire concerné, les structures candidates devront remplir les conditions définies par un cahier des charges au niveau national par le ministère de la santé. Elles devront également s'inscrire autour des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou des projets territoriaux de santé (PTS) dans le cas où ces dispositifs sont présents sur le territoire.

Le cahier des charges viendra également préciser les jours et horaires d'ouverture. L'absence de dépassement d'honoraires et la mise en œuvre du tiers payant sont deux obligations que devront remplir les PASI.

Ils seront identifiés par une croix orange (comme les pharmacies le sont par une croix verte, les médecins par une plaque professionnelle et les services d'urgences par une croix rouge).

### **Quelle vision ?**

En s'appuyant sur les CPTS et les PTS, les PASI s'intègrent dans le nouveau paysage sanitaire instauré par la réforme portée par « Ma Santé 2022 ». Ils s'inscrivent également en complémentarité du « pacte de refondation pour les urgences », qui est la réponse hospitalière à la problématique des soins non programmés tandis que les PASI en sont la réponse ambulatoire : deux faces d'une même pièce. Pour tenir compte des différentes auditions menées et des échanges avec le Gouvernement, le rapporteur a déposé un amendement de précision de l'article 1<sup>er</sup>. Si certains aspects du texte ont pu être modifiés, l'esprit de la proposition de loi, reste lui, inchangé.

## AVANT-PROPOS

### 1. Les services d'urgence sur-sollicités

Au rythme de croissance de 3,5 % par an depuis plus de vingt ans, **le nombre de passages dans les services d'urgence a plus que doublé** dans notre pays, passant de dix millions en 1996 à plus de vingt millions en 2015. Cette évolution se poursuit, puisque selon la dernière livraison de la direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, « en 2017, en France métropolitaine et dans les DROM, 713 structures des urgences situées dans 637 établissements de santé ont traité 21,4 millions de passages, soit une progression de 2,1 % par rapport à 2016. »<sup>(1)</sup>. Les structures d'urgences accueillent chacune aujourd'hui en moyenne plus de 30 000 patients par an, pour l'essentiel dans les établissements publics, seuls 18 % des passages étant pris en charge par le secteur privé, principalement lucratif.

#### ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES DEPUIS 1996



**Note >** Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

**Champ >** France métropolitaine, hors SSA.

Source : DREES, Les établissements de santé, Édition 2017, page 129.

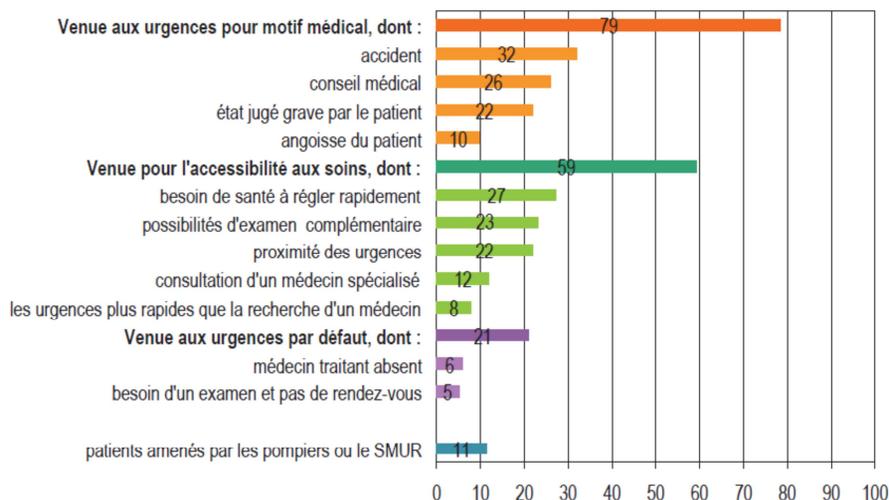
Cette situation met en évidence que la **demande, importante, de soins non programmés**, alimentée par divers facteurs, dont le vieillissement de la population et l'exigence croissante des patients d'une réponse immédiate en termes de diagnostic et de prise en charge complète, peine à trouver une réponse satisfaisante de la part d'une médecine de ville en tension, surchargée de travail et dont le temps médical est compté : jouent ici des facteurs tels que la désertification, la mauvaise répartition des généralistes sur le territoire national, dont le nombre continuera de décroître jusqu'en 2025 et dont les modalités d'exercice évoluent, avec notamment

(1) 21,4 millions de passages (Les dépenses de santé en 2018, résultats des comptes de la santé, édition 2019, page 62).

des visites à domicile de moins en moins fréquentes. Illustrations, parmi d'autres, que « *notre système de santé est arrivé à bout de souffle* » <sup>(1)</sup>.

Les données recueillies par la DREES dans son enquête nationale de 2013 sont de ce point de vue intéressantes, qui montrent en effet que le cinquième (21 %) des patients se rend aux urgences « par défaut » ou, dans près du quart des cas (23 %) pour l'opportunité de pouvoir réaliser des examens complémentaires sur place. D'autres raisons de commodité – proximité, rapidité par rapport à la recherche d'un médecin, etc. – sont alléguées et, au total, ce sont **près des deux tiers (59 %) des patients qui se rendent aux urgences pour des raisons tenant à l'accessibilité aux soins**. Aux Hospices civils de Lyon, par exemple, la moitié des patients accueillis dans les services d'urgences en 2018 sont venus de leur propre initiative. En d'autres termes, c'est fréquemment, sinon majoritairement, pour des raisons tenant au fait que l'offre ambulatoire ne répond pas comme ils le souhaiteraient à leur attente, à un titre ou à un autre, que les patients se dirigent vers les services d'urgences. Alors même qu'ils savent qu'ils vont probablement devoir attendre plusieurs heures avant d'être examinés, ce choix leur permet un diagnostic rapide et une prise en charge globale grâce au plateau technique des hôpitaux. Il leur évite par conséquent d'avoir à prendre des rendez-vous successifs, pouvant les contraindre à prendre plusieurs demi-journées de congés, pour une série d'allers-retours sur un laps de temps nécessairement assez long entre médecin généraliste, radiologue, biologiste et autres spécialistes éventuellement.

#### MOTIVATION DES PATIENTS



SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation.

Note • Plusieurs réponses possibles par patient.

Champ • Patients non adressés par un établissement de santé, ni conduits par les forces de l'ordre.

Source : DREES, Structure des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête réalisée par la DREES

(1) Thomas Mesnier, Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires, Rapport à la ministre des solidarités et de la santé, mai 2018.

Ces éléments de contexte semblent rester relativement stables sur la durée et expliquent, comme le souligne entre autres le rapport Mesnier, que **les services d'urgence assurent une part importante des soins non programmés qui ne relèvent pas de leur mission** et pourraient être pris en charge par d'autres structures. De fait, près du quart des passages aux urgences sont des consultations simples ne nécessitant pas d'utiliser le plateau technique de l'hôpital et un patient sur deux bénéficie d'examen complémentaires (imageries, biologies) permettant un diagnostic et repart chez lui avec une ordonnance ou après avoir reçu les soins nécessaires (plâtres, sutures, etc.). « *L'impossibilité de trouver une réponse en médecine de ville* »<sup>(1)</sup> impacte donc fortement le recours aux urgences. C'est le même constat que fait la Cour des comptes dans son dernier rapport public annuel, qui estime que la hausse continue du recours aux urgences correspond pour partie à des prises en charge injustifiées et par conséquent évitables : « *Il est ainsi permis de considérer qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients.* »<sup>(2)</sup>.

## 2. Une situation lourde de conséquences

Cette situation est évidemment insatisfaisante pour diverses raisons sur lesquelles il ne sera pas nécessaire de s'attarder tant elles sont connues, telles que la surcharge d'activité des services d'urgence aujourd'hui au bord de l'implosion, engorgés faute d'alternative, ou les surcoûts induits pour l'assurance maladie.

Sur ce dernier point, la Cour des comptes souligne depuis longtemps que le dispositif tarifaire n'incite pas aux efforts de régulation, le financement des structures d'urgence étant fondé sur la perception d'un forfait « Accueil et traitement des urgences » (ATU)<sup>(3)</sup> pour chaque passage et d'un « Forfait annuel des urgences » (FAU)<sup>(4)</sup> par établissement, qui ont représenté en 2016 respectivement 339 millions d'euros et 1 173 millions d'euros de dépenses pour l'assurance maladie. Les services d'urgence facturent également des « Actes de consultations externes » (ACE), poste particulièrement dynamique (+27 % entre 2013 et 2016), qui a représenté quelque 950 millions d'euros en 2016. À ces financements s'ajoutent ceux liés à la facturation des consultations et examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des recettes de séjour en cas d'hospitalisation.

---

(1) Thomas Mesnier, op. cit., page 18.

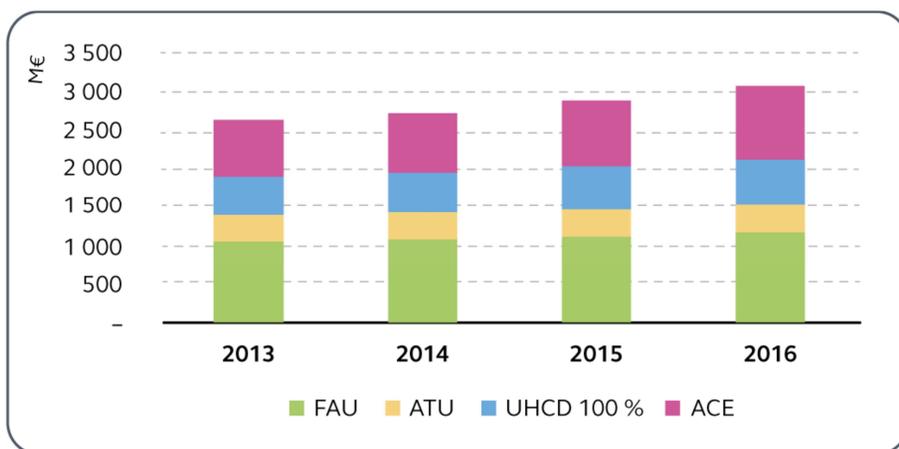
(2) Cour des comptes, Rapport public annuel 2019, Tome II, « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », février 2019, page 215 ; <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>.

(3) 25,32 euros pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du même établissement.

(4) 730 000 euros pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments par tranche de 2 500 passages supplémentaires

S'il faut évidemment rémunérer comme il se doit la qualification des médecins urgentistes, le coût élevé du dispositif résulte aussi des amplitudes horaires et hebdomadaires de services d'urgences, ouverts 24 heures sur 24, alors même les entrées sont relativement rares de minuit à 5 heures du matin. Pour ces raisons en tout cas, la Cour des comptes observe que le coût moyen d'un passage aux urgences sans hospitalisation en unité de courte durée était de 148 euros en 2016. « Si l'on considère les coûts assurance maladie liés aux passages correspondant à des consultations simples, il a été de 115 € en journée, 150 € la nuit et 134 € le week-end dans les établissements publics et privés à but non lucratif. Par comparaison, une consultation en ville est revenue, pour l'assurance maladie, à 25 € en journée, à 71 € la nuit et à 54 € le week-end, et la visite à domicile à 84 € en journée et 104 € la nuit (compte tenu du forfait d'astreinte). »<sup>(1)</sup>

#### ÉVOLUTION DES FINANCEMENTS ASSURANCE MALADIE EN FAVEUR DES SERVICES D'URGENCE



Source : Cour des comptes, données ATIH.

### 3. Des tentatives de solutions encore insuffisamment performantes

On ne saurait bien sûr nier que des tentatives d'améliorations ont été apportées ces dernières années pour que l'offre de soins non programmés de ville soit renforcée : centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, maisons médicales de garde et autres hôpitaux de proximité ont commencé à se développer. Pour autant, les bénéfices que ces dispositifs ont apportés restent en-deçà des attentes, et le rapport Mesnier juge par exemple que globalement, « la prise en charge des soins non programmés trouve aujourd'hui une réponse mais insuffisante et disparate, tant en ville qu'à l'hôpital, dans des organisations de nature, de répartition territoriale et d'efficacité très différentes »<sup>(2)</sup>.

(1) Cour des comptes, op. cit., page 220.

(2) Thomas Mesnier, op. cit., page 23.

Ce constat sur les faiblesses du dispositif est aussi celui de la Cour des comptes, pour qui « *l'impact des maisons médicales de garde (MMG) intervenant aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) demeure incertain, avec des retours d'expérience qui semblent contrastés, tandis qu'il reste difficile de démontrer un lien entre l'évolution de leur fréquentation et celle des passages dans les structures d'urgence du même territoire. Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) [...] se sont engagées à proposer des soins non programmés. Elles ne sont cependant pas en capacité de traiter certains types de patients, compte tenu de l'absence de plateau technique.* »<sup>(1)</sup>.

Il ressort de ces éléments d'analyse qu'un échelon fait défaut dans la chaîne de gradation des soins immédiats.

Pour la Cour des comptes, la catégorie de patients la plus nombreuse à fréquenter les services d'urgences est « *constituée par les patients dont l'état est stable, mais qui ont besoin d'examen complémentaires et ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examen complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie* »<sup>(2)</sup>.

Or, à ce jour, il est difficile pour des médecins libéraux de disposer de matériels leur permettant d'effectuer des soins de première urgence : matériel et suivi de stérilisation pour petite chirurgie, salle et matériel pour réaliser et poser des plâtres, présence ou coordination avec un équipement d'imagerie et une biologie. C'est la raison pour laquelle il apparaît nécessaire de mettre en place des alternatives avec des structures disposant de plateau technique de premier degré permettant une prise en charge immédiate du non-programmé pour les urgences non vitales de façon lisible pour la population, laquelle doit être en mesure d'identifier une gradation dans l'offre de soins : du non-programmé à l'urgence vitale.

Tel est précisément à cette nécessité que cette proposition de loi entend répondre.

#### **4. Contribuer à apporter une réponse rapide aux attentes de nos concitoyens**

L'ambition de la présente proposition de loi est, modestement, de contribuer à apporter une réponse rapide aux besoins de nos concitoyens **en labellisant et en rendant identifiables pour les patients des structures qui existent** d'ores et déjà, en complément des propositions qui ont pu être formulées, par exemple dans le rapport Mesnier, ou des mesures que le Gouvernement a entrepris de mettre progressivement en place.

---

(1) Cour des comptes, op. cit., page 222.

(2) Ibid., page 215.

Il s'agit de contribuer à la régulation des demandes de soins non programmés grâce à la création d'un label « **Point d'Accueil pour Soins Immédiats** » (PASI), qui serait proposé aux établissements de santé disposant d'un plateau technique minimum comprenant un service de radiologie, un service de biologie et du matériel permettant les soins tels que les sutures et les immobilisations. Les PASI s'inscriraient ainsi dans la gradation des soins sous réserve du respect d'un cahier des charges défini au niveau national par arrêté ministériel. La labellisation leur serait conférée par les agences régionales de santé.

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

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

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



## COMMENTAIRES DES ARTICLES

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

#### **Création d'un dispositif d'accueil pour soins immédiats**

##### **Adopté par la commission avec modifications**

Le présent article prévoit que les établissements participant au service public hospitalier assurent une mission d'accueil des patients en soins immédiats, non urgents, dont il définit les caractéristiques et les modalités.

#### **1. Le dispositif proposé**

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi modifie tout d'abord deux articles du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique.

En premier lieu, aux missions actuelles du service public hospitalier – ensemble des missions dévolues aux établissements de santé et aide médicale urgente – est ajouté l'accueil pour soins immédiats. L'article 1<sup>er</sup> prévoit la modification nécessaire à l'article L. 6112-1.

Dans le même esprit, il est nécessaire de prévoir que l'accueil pour soins immédiats pourra être une mission exercée par les établissements de santé privés associés au service public hospitalier et autorisés à ce titre à prendre en charge des patients en urgence. L'article L. 6112-5 du code de la santé publique est donc également modifié à cet effet.

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi prévoit en second lieu d'insérer une nouvelle section au chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre III de la sixième partie du code de la santé publique.

Cette section, intitulée « Accueil pour soins immédiats », est composée de trois articles nouveaux.

L'article L. 6311-1 propose en premier lieu une définition de l'accueil pour soins immédiats, qui a pour objet :

- de faire assurer les soins non programmés relevant de la médecine générale lorsque le pronostic vital du patient n'est pas engagé ;
- si besoin, de caractériser l'état du patient par un avis recueilli auprès d'un spécialiste, le cas échéant moyennant un recours à la télémedecine ;
- d'orienter le patient, si son état le requiert, vers un service d'urgences ou spécialisé.

L'article L. 6311-2 précise que seuls les établissements de santé peuvent être autorisés à disposer d'une ou plusieurs unités assurant l'accueil pour soins immédiats, dénommées « Points d'accueil pour soins immédiats ». Il dispose en outre que cette autorisation ne peut être accordée qu'aux établissements par ailleurs autorisés à exercer à la fois les activités de radiologie et de biologie. Enfin, l'article précise que les points d'accueil font l'objet d'une signalétique spécifique, dont les caractéristiques seront déterminées par voie réglementaire.

L'article L. 6311-3 prévoit un décret en Conseil d'État pour déterminer les modalités d'application de cette nouvelle section du code de la santé publique.

En conséquence de l'insertion de ces trois nouveaux articles, l'article 1<sup>er</sup> prévoit enfin les modifications de cohérence qu'il est nécessaire d'apporter à quelques dispositions existantes. C'est le cas des intitulés du livre III, du titre I<sup>er</sup> et du chapitre I<sup>er</sup>, auxquels sont ajoutés les mots « Accueil pour soins immédiats » et de la nouvelle numérotation qui doit être donnée à deux articles existants.

## **2. Les améliorations envisagées**

Les informations recueillies par le rapporteur lors des auditions qu'il a organisées – dont la liste figure en annexe – ainsi que les échanges approfondis qu'il a eus avec le Gouvernement, lui ont permis d'affiner la proposition de loi initiale sur divers points importants pour les raisons suivantes.

### ***a. La nécessaire articulation avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)***

En premier lieu, il est apparu indispensable de mieux articuler le dispositif proposé avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui sont au cœur de l'ambition du Gouvernement de renforcer et de mieux structurer l'offre de soins dans les territoires.

C'est le sens des dispositions adoptées dans la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Comme le rappelait l'étude d'impact du projet de loi, pour être parmi les plus performants et de très grande qualité, notre système de santé n'en est pas moins confronté à un certain nombre de défis qui l'ont fragilisé et face auxquels il importe désormais d'« *assouplir les contraintes, favoriser l'éclosion des initiatives, et donner aux acteurs les outils pour s'organiser dans les territoires. Il s'agit également de poursuivre une dynamique de décroisement à tous les niveaux : entre hôpital, ville et médico-social ; secteurs public et privé ; entre professionnels, de la formation initiale à l'exercice, celui-ci devant être plus ouvert, pluri-professionnel et coordonné* ». Décloisonnement des « silos » auquel s'emploie la stratégie « Ma santé 2022 » et pour lequel la souplesse des CPTS en fait des outils à privilégier.

Comme l'a montré le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) <sup>(1)</sup>, depuis leur institution en 2016, malgré la mobilisation des professionnels, le développement des CPTS a été modeste, faute notamment de réel soutien de la part de pouvoirs publics, tant en accompagnement que financier.

Les choses ont depuis lors considérablement évolué et les CPTS montent en puissance. En témoignent notamment les négociations qui ont conduit à la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2019 en faveur du développement coordonné et du déploiement des CPTS. L'article 1<sup>er</sup> de cet accord rappelle qu'elles constituent « *un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire, [...] ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population. C'est pourquoi elles s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville, et peuvent associer progressivement d'autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires et médico-sociaux et autres établissements et acteurs de santé dont les hôpitaux de proximité, les établissements d'hospitalisation à domicile, etc.* » Les missions que doivent conduire les CPTS sont articulées sur trois axes, « missions socles » <sup>(2)</sup>, dont le premier vise à faciliter l'accès des soins aux patients et notamment à améliorer la prise en charge des soins non programmés.

Dans ces conditions, il eût été contreproductif de restreindre les PASI aux seuls établissements, publics ou privés, participant au service public hospitalier, sans prévoir de les associer aux CPTS, d'autant que l'accord conventionnel prévoit un soutien financier annuel, intervenant dans le cadre d'un contrat tripartite – Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), ARS et CPTS – destiné à en assurer le fonctionnement. Il a été prévu que les premiers accords entrent en vigueur à la rentrée 2019, comme l'a confirmé le directeur général de la CNAM au rapporteur lors de son audition.

Une révision du texte initial de la proposition de loi sur ce point est donc opportune, sinon nécessaire, pour disposer que la création et le fonctionnement des PASI seront prévus par le projet territorial de santé ou dans le projet de santé d'une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé, sans qu'il ne soit plus fait mention des établissements de santé comme seules instances autorisées à héberger de telles unités, et que, à défaut de projet territorial de santé ou de communauté professionnelle territoriale de santé sur le territoire concerné, le directeur général de l'agence régionale de santé pourra prendre l'initiative de labelliser une structure existante.

---

(1) *Émilie Fauchier-Magnan et Véronique Wallon, Déploiement des communautés professionnelles de santé – Appui à la DGOS, Rapport n° 2018-041R, IGAS, août 2018.*

(2) *Les deux autres axes portent sur l'organisation des parcours et la prévention, deux autres missions complémentaires pouvant également être mises en œuvre par les CPTS : la mise en place de démarches au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge et des mesures au service de l'attractivité sanitaire du territoire.*

***b. Les autres modifications à apporter à la proposition de loi initiale***

Afin de garantir la pérennité du dispositif institué sur le terrain, il est également nécessaire de lui conférer une certaine durée. Une période de cinq ans est donc proposée, qui correspond d'ailleurs à la durée des contrats relatifs aux CPTS qui seront signés avec la CNAM et l'ARS.

Les entretiens que le rapporteur a eus l'incitent également à proposer de substituer au régime d'autorisation prévu dans le texte initial de la proposition de loi celui de la labellisation sur la base d'un cahier des charges national défini par arrêté du ministre chargé de la santé qui précisera notamment les liens que les PASI devront avoir avec les plateaux techniques. Cette approche, plus souple, est dans la logique qui prévaut concernant les CPTS, à savoir celle de la reconnaissance de l'initiative des acteurs de terrain. Les PASI ont vocation à être portés par les communautés professionnelles dans le cadre du projet de santé validé par l'ARS.

Enfin, les auditions ont mis en avant la nécessité de prévoir un certain nombre de garanties au bénéfice des patients en matière de coût et de facturation que ce soit au niveau même du PASI ou ultérieurement : dans l'hypothèse où l'examen pratiqué se traduirait par son orientation vers une autre structure, une information devra être fournie au patient sur les pratiques tarifaires en vigueur.

Ces modifications qu'il semble au rapporteur indispensable d'introduire ne touchent en rien à l'esprit et à la finalité du dispositif initial. Elles visent à le rendre plus effectif et à mieux l'insérer dans le cadre de la stratégie du Gouvernement. C'est pour cet ensemble de raisons que le rapporteur a choisi de proposer une nouvelle rédaction globale de l'article 1<sup>er</sup>, laquelle a fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement.

Cette rédaction se traduit en premier lieu et logiquement par la suppression du 1<sup>o</sup> de l'article 1<sup>er</sup> de la proposition. Il n'est en effet plus nécessaire, ni pertinent, de prévoir d'inscrire dans la loi que l'accueil pour soins immédiats est exercé par le service public hospitalier en complément des missions qui sont dévolues aux établissements de santé et de l'aide médicale urgente. Par conséquent, la nouvelle rédaction ne prévoit plus de révision des articles L. 6112-1 et L. 6112-5 du code de la santé publique.

En second lieu, la rédaction du 2<sup>o</sup> de l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi est, elle aussi, considérablement modifiée :

- sur des aspects rédactionnels, en premier lieu, portant sur les intitulés du titre I<sup>er</sup> du livre III ainsi que sur la description de l'objet de l'accueil pour soins immédiats ;
- sur le cœur du dispositif ensuite, désormais articulé en deux articles nouveaux au lieu de trois, qui définissent et précisent les conditions de création et de fonctionnement des PASI.

*Article 2*

**Gage de recevabilité**

**Adopté par la commission sans modification**

Cet article prévoit de gager les pertes éventuelles de recettes fiscales et sociales dues à la mise en œuvre des dispositions de la proposition de loi par une majoration des droits perçus sur les produits du tabac.

L'article 2 est l'article de gage destiné à assurer la recevabilité financière de la proposition de loi au regard des dispositions de l'article 40 de la Constitution.

\*

\* \*



## COMPTE RENDU DES TRAVAUX

[http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8445956\\_5dd4f90934df3.commission-des-affaires-sociales--creation-de-points-d-accueil-pour-les-soins-immediats-20-novembre-2019](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8445956_5dd4f90934df3.commission-des-affaires-sociales--creation-de-points-d-accueil-pour-les-soins-immediats-20-novembre-2019)

*Au cours de sa séance du mercredi 20 novembre 2019 à 9 heures 30, la commission procède à l'examen de la proposition de loi de M. Cyrille Isaac-Sibille visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats (n° 2226) (M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur).*

**M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur.** J'ai l'honneur de présenter une proposition de loi visant à créer des points d'accueil pour soins immédiats. J'en suis heureux car je travaille sur ce texte depuis un an.

La proposition de loi est issue d'une expérimentation menée dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui a été évaluée et discutée avec des syndicats de médecins généralistes, les fédérations hospitalières, les unions régionales de professionnels de santé, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), et son directeur général, M. Nicolas Revel, ainsi qu'avec le ministère des solidarités et de la santé.

Ensemble, nous avons trouvé un équilibre, qui a obtenu un large consensus, au bénéfice des patients et des médecins généralistes. Ce processus m'a conduit à rédiger un amendement de réécriture, que je vous ai adressé il y a quelques jours.

Avant toute chose, je souhaite remercier les députés de tous bords, qui ont pris contact avec moi au cours des dernières semaines pour affiner ensemble cette proposition de loi. Bien que je l'aie construite avec le Gouvernement, j'ai cependant découvert ce matin un sous-amendement du porte-parole du groupe La République en Marche, qui met à mal tout le travail réalisé en commun. Ce partenaire de la majorité me place dans une situation inattendue, laquelle, je l'avoue, m'a quelque peu décontenancé.

Je suis donc heureux que nous soyons réunis en commission ce matin pour construire ensemble une réponse à la demande pressante des Français en matière de soins immédiats nécessitant un petit plateau technique.

Venons-en au sujet de la proposition de loi. Si, en sortant de cette pièce, vous trébuchez – je ne vous le souhaite pas –, vous serez peut-être contraints de soigner une petite plaie et une douleur à la cheville, qui vous empêchera de vous déplacer. Que ferez-vous alors ? Je suis certain que vous vous êtes tous retrouvés dans cette situation, pour vous-même ou pour un enfant ou un membre de votre famille. Vous aurez besoin d'une radio, pour éliminer l'hypothèse d'une fracture,

et d'un médecin disposant d'un matériel stérile de petite chirurgie, pour coudre trois points. Inévitablement, vous serez orienté vers un service d'urgence.

Cette proposition de loi vise à mettre à la disposition des médecins généralistes de votre territoire, lors de leur garde, un plateau technique pour qu'ils puissent réaliser ces soins – radiographies, biologie, matériel stérile – sans vous obliger à passer par les urgences.

Chacun sait que les services d'urgences sont aujourd'hui sursollicités. Nous sommes passés de 10 millions de passages annuels aux urgences au milieu des années 1990 à plus de 21 millions en 2017. Ce phénomène met en évidence une demande de plus en plus importante de soins non programmés, qui est due à divers facteurs, tels que le vieillissement de la population, la désertification, ainsi que l'exigence, de la part des patients, d'une réponse immédiate en termes de diagnostic ou de prise en charge globale.

Les enquêtes qui ont été menées ces dernières années par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montrent que près de 60 % des patients se rendent souvent aux urgences non parce qu'ils sont dans un état d'urgence vitale ou même grave, mais parce que les soins y sont plus accessibles, plus proches ou parce qu'ils y trouvent la possibilité de réaliser des examens complémentaires rapidement.

C'est donc majoritairement pour des raisons qui tiennent au fait que la médecine de ville ne répond pas, comme ils le souhaiteraient, à leur demande – elle n'en a pas les outils –, que les patients se rendent aux urgences, sachant que, finalement, les heures d'attente qu'ils y passeront seront autant de temps de gagné par rapport au circuit ambulatoire normal. Dans ce circuit, ils sont obligés de prendre plusieurs rendez-vous successifs sur leur temps de travail pour consulter généraliste, biologiste, radiologue, spécialiste, puis, de nouveau, le généraliste. Ces rendez-vous seront nécessairement étalés sur plusieurs semaines, avant qu'ils obtiennent une réponse définitive à leurs questions, qu'un diagnostic soit posé et un traitement défini. C'est précisément la raison pour laquelle, comme le disent les rapports les plus récents, tels celui de Thomas Mesnier ou de la Cour des comptes, les services d'urgences assurent de plus en plus de soins non programmés, qui ne relèvent pas de leur mission.

Cette situation n'est pas sans conséquences sérieuses, et je n'ai pas besoin d'insister sur l'état d'engorgement des services d'urgences dont les personnels sont au bord de l'épuisement, nous le constatons tous les jours dans nos circonscriptions, ni sur le surcoût important pour l'assurance maladie que cela représente. Le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé doivent y répondre aujourd'hui même, notamment en inscrivant des mesures dans le PLFSS.

Je vous renvoie à mon rapport pour les détails financiers, mais les écarts entre une prise en charge par une consultation en médecine de ville et une prise en

charge dans un service d'urgences sont très importants. La Cour des comptes estime à ce titre que 20 % des patients des urgences devraient en fait être accueillis par une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines. Le montant de la dépense induite apparaît considérable, de l'ordre de plusieurs dizaines voire centaines de millions d'euros annuels.

Des solutions ont bien sûr été tentées pour améliorer les choses et renforcer l'offre de soins non programmés de ville. Je pense à l'ouverture des maisons de santé pluriprofessionnelles, des maisons médicales de garde ou des hôpitaux de proximité. Malgré ces efforts, la prise en charge non programmée en ville reste toujours « *insuffisante et disparate* », pour reprendre les termes de notre collègue Thomas Mesnier dans son rapport, tandis que la Cour des comptes juge que leur impact est « *incertain* », notamment compte tenu de l'absence de plateau technique.

La question du plateau technique est une des raisons pour lesquelles les généralistes peuvent difficilement répondre à la demande des patients car ils n'ont plus, dans leurs cabinets, les matériels de stérilisation ou l'équipement pour poser un plâtre, pratiquer de petites interventions chirurgicales, ou être en coordination immédiate avec un équipement d'imagerie ou de biologie.

C'est là toute l'ambition, certes modeste, de cette proposition de loi, qui, par son agilité et sa souplesse, contribuera à apporter des réponses rapides aux attentes de nos concitoyens en labellisant des structures déjà existantes, qui disposent d'un plateau technique. Le label « Point d'accueil pour soins immédiats » (PASI) identifiera clairement ces établissements, pour mailler le territoire d'une offre non programmée, graduée.

Des expérimentations ont été faites, notamment en région Auvergne-Rhône-Alpes, où des structures de ce type existent, dans lesquelles des médecins généralistes reçoivent sans rendez-vous, dans une plage horaire déterminée, par exemple de 9 heures à 22 heures, des patients dont l'état nécessite des soins immédiats, sans urgence vitale, et sans hospitalisation. Des actes de premier recours y sont pratiqués grâce à un plateau technique léger, et les patients peuvent avoir accès rapidement à des examens complémentaires, biologiques ou radiologiques, ou être dirigés vers un spécialiste ou un hôpital, si le premier examen effectué montre que l'état du patient le justifie.

Avant de défendre cette proposition devant vous ce matin, j'ai tenu plusieurs auditions et réunions avec des acteurs de terrain ainsi qu'avec le Gouvernement. C'est ce qui m'a amené à déposer un amendement de nouvelle rédaction de l'article 1<sup>er</sup>, car j'ai entendu les remarques très pertinentes qui ont été faites sur le texte initial. Cet amendement a reçu l'accord de tous, y compris du Gouvernement.

Il y a quelques mois, nous avons adopté la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui a notamment pour ambition de

poursuivre une dynamique de décloisonnement entre les différentes parties prenantes – médecine de ville, hôpital, secteurs médico-social, public et privé –, pour tendre vers un exercice plus ouvert, pluriprofessionnel et coordonné. Il y a une ambition forte, de la part du Gouvernement de mettre de la souplesse dans le fonctionnement de notre système de santé et de privilégier les initiatives de terrain.

Dans cette optique, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont appelées à prendre une importance croissante. Jusqu'à récemment, leur développement a été modeste, notamment par manque de soutien, mais les choses sont en train de changer depuis la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel, en juin dernier, pour lequel des financements importants sont prévus – quelque 400 millions d'euros selon les informations que m'a confirmées M. Nicolas Revel.

Les CPTS s'organiseront d'elles-mêmes, sur une base de volontariat, à l'initiative des professionnels de santé dans les territoires, pour proposer une offre de soins coordonnée. Progressivement, elles pourront s'associer avec d'autres acteurs, tels que les établissements de santé ou les hôpitaux de proximité.

Tout cela prendra un peu de temps. Les CPTS seront en place dans deux ans ; les projets territoriaux de santé (PTS) verront le jour d'ici à trois ou quatre ans. L'intérêt de cette proposition de loi est d'apporter une réponse immédiate et graduée, et de suivre l'évolution des CPTS et des PTS.

Au terme de l'accord conventionnel, les CPTS doivent assumer trois missions socles, au premier rang desquelles l'accès des patients aux soins, notamment l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés.

Nous sommes donc au cœur du sujet. Le dispositif prévoit que la création et le fonctionnement des PASI figurent dans les PTS des CPTS. Afin de répondre à la demande pressante de nos concitoyens et de leur fournir un service médical complet, pour que les PASI soient créés immédiatement, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pourra prendre l'initiative de labelliser une telle structure, en attendant de créer une CPTS, puis un PTS.

Cette labellisation par les directeurs d'ARS respectera un cahier des charges, qui sera défini par arrêté du ministre des solidarités et de la santé. Le document prévoira notamment que les PASI disposent ou ont accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie à proximité. Labellisation et non plus autorisation : voilà pourquoi nous avons réécrit l'article 1<sup>er</sup>, afin d'introduire plus de souplesse, pour reconnaître l'initiative des acteurs de terrain dont nous soulignons la vocation à porter ce type de structure.

S'agissant du plateau technique, la nouvelle rédaction proposée est également plus souple que la rédaction initiale, sans doute trop restrictive, car elle imposait aux établissements autorisés à ouvrir un PASI d'exercer les activités de biologie et de radiologie sur place. Nous sommes convenus qu'il était suffisant

d'indiquer qu'il fallait que les PASI puissent disposer de plateaux techniques à proximité, ou d'y avoir accès, sans que ceux-ci ne soient nécessairement dans leurs murs, ce qui aurait été trop restrictif.

Afin de garantir la pérennité de la structure, une période de cinq ans est introduite, qui correspond à la durée des futurs contrats relatifs aux CPTS, lesquels seront signés par l'ARS et la CNAM.

Quelques garanties ont également été ajoutées pour les patients, en ce qui concerne la tarification. L'amendement de rédaction que je vous propose prévoit en conséquence que les PASI pratiquent le tiers payant, qu'ils ne peuvent pas facturer de dépassement d'honoraires et que, dans l'hypothèse où l'état de santé du patient justifie qu'il soit orienté vers une autre structure, une information soit donnée à celui-ci sur les tarifs qui y sont pratiqués.

Comme je vous le disais, cet amendement de rédaction est le fruit de toutes les auditions menées et de mes rencontres ces derniers jours, notamment avec le Gouvernement. Nous en avons pesé les termes mot pour mot. Les échanges avec le Gouvernement, qui ont été constants, ont permis d'aboutir à une rédaction qui emporte l'adhésion de tous. Ce matin même, un courriel des fédérations hospitalières me réitérait son soutien, en me souhaitant bonne chance pour défendre la proposition de loi.

**M. Thomas Mesnier.** Nous sommes réunis ce matin pour examiner votre proposition de loi visant à créer des PASI, quand le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé procèdent à des annonces fortes pour l'hôpital public, dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 », qu'ils accélèrent, alors que l'hôpital est en colère, non pas contre les mesures prises depuis deux ans, mais contre celles décidées depuis dix ans et plus.

Le contexte social est difficile et nous avons plus que jamais besoin de toutes et tous pour réaliser la transformation de notre système de santé.

Nous avons besoin non seulement du monde hospitalier, à qui il est nécessaire de s'adresser aujourd'hui en termes de sens, d'attractivité, d'investissement et de gouvernance, mais aussi du monde libéral, qui se mobilise dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », qu'il s'approprie. J'en veux pour preuve les 400 CPTS ou projets de CPTS sur le territoire, sur les 1 000 attendus. Les médecins de ville s'organisent entre eux pour prendre encore davantage en charge les soins non programmés, dont ils s'occupent déjà.

Bien que je salue votre intention, je ne crois pas que les PASI répondent à une attente que les professionnels auraient eux-mêmes exprimée. Les auditions de ces professionnels sur votre proposition de loi sont d'ailleurs allées dans ce sens.

Pour atteindre la cible que vous évoquiez, je crois davantage au développement de services ou plutôt d'antennes de médecine d'urgence. J'y

reviendrai prochainement dans le cadre de la mission que je mène avec le professeur Carli.

En attendant, parce que l'on n'a jamais trop d'outils et que celui-là peut en être un supplémentaire, parce que des expérimentations très soutenues ont été menées, notamment par l'ARS de votre territoire, le groupe La République en marche pourra voter ce texte, sous réserve que le PASI soit entièrement à la main des médecins libéraux dans le cadre de projets de santé de CPTS et d'un projet territorial de santé, sans autre dérogation, cela afin de rester parfaitement et pleinement dans l'esprit du plan « Ma santé 2022 ».

**M. Bernard Perrut.** Si la crise importante et très grave que traverse actuellement l'hôpital public ne peut se résumer à la seule question de l'accès aux soins, il est cependant clair que l'influence de patients ne nécessitant pas de soins relevant des missions premières des services d'urgences participe à l'aggravation de la situation. Le nombre de patients des urgences a doublé en vingt ans – 10 millions en 1996, 21,4 millions en 2017.

Cette proposition de loi poursuit la dynamique enclenchée par la « loi santé », qui développait les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, auxquelles le groupe Les Républicains était d'ailleurs favorable.

L'accès aux soins est l'un des grands défis auxquels nous devons répondre, et la création de PASI, s'appuyant sur les structures tant publiques que privées, peut figurer parmi les solutions.

Toutefois, nous sommes en droit de nous interroger. Votre proposition de loi, monsieur le rapporteur, ne crée pas forcément un dispositif nouveau. Elle s'inspire, et je vous en rends hommage, du type de conventionnement qui existe déjà dans certains territoires comme en Auvergne-Rhône-Alpes où des médecins libéraux viennent exercer dans des hôpitaux de proximité par le système des vacations, ce que vous rappelez dans votre rapport. Avez-vous pu étudier de plus près ce dispositif ? Quel bilan a pu être dressé ?

La lecture de votre article 1<sup>er</sup> pouvait soulever des interrogations, mais vous apportez une première réponse, en réécrivant l'article et en optant pour un régime de labellisation. Pouvez-vous nous expliquer les raisons de ce choix ? Je veux toutefois saluer la meilleure articulation que vous proposez avec les CPTS.

Par ailleurs, comment anticipez-vous l'accueil des patients dans ce nouveau dispositif ? Comment le rendre attractif face aux nombreux passages aux urgences, une spécialité française, en quelque sorte, avec le même objectif de désengorgement des urgences ? Que pensez-vous de la possibilité d'instaurer un filtre à l'accès ?

Selon un rapport de la Cour des comptes, les Français recourent trois fois plus aux urgences que les Allemands et 3,6 millions de passages en 2017 étaient non pertinents. À ce titre, le numéro d'appel d'urgence unique proposée par le

Gouvernement va dans le bon sens. Pensez-vous que nous pourrions nous inspirer du modèle danois, où personne ne va aux urgences de sa propre initiative, sauf en cas d'urgence vitale ?

Enfin, que pensez-vous de l'évolution des maisons médicales de garde, qui pourraient aussi devenir de véritables services, capables de dispenser des soins immédiats ?

**Mme Nadia Essayan.** Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés soutiendra bien évidemment cette proposition de loi de notre collègue Cyrille Isaac-Sibille, dont nous tenons à saluer le travail et l'investissement depuis le début de cette législature.

Nous le savons et l'actualité nous le rappelle avec insistance, la situation du système de santé de notre pays fait face à une crise d'ampleur, qu'il s'agisse des difficultés liées aux moyens dont dispose l'hôpital public ou de l'accentuation du phénomène de désertification médicale dont souffrent des départements comme le mien, le Cher.

Aussi, comme l'a rappelé le rapporteur, ce texte vise à apporter non pas des solutions à l'ensemble de ces problématiques mais une contribution permettant de répondre plus efficacement à la demande des patients d'accès aux soins immédiats. Cette demande est récurrente et ne trouve pas forcément la réponse adaptée auprès de notre système de santé, alors que tout est à disposition.

La proposition de loi permettra ainsi de mobiliser la médecine générale de ville *via* les maisons de santé pluriprofessionnelles et les projets territoriaux de santé, autour de structures disposant ou donnant accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie permettant de procurer des soins qui ne nécessitent pas un passage aux urgences.

Ce dispositif est donc de bon sens puisqu'il amènera le liant nécessaire entre l'ensemble des acteurs et des outils, tout en étant garanti par la labellisation des agences régionales de santé, et par un cahier des charges, arrêté par le ministère des solidarités et de la santé. Il s'inscrit pleinement dans la stratégie nationale « Ma santé 2022 » puisqu'il utilise le vecteur des PTS et des CPTS, dont la montée en charge s'opère progressivement.

Qui plus est, nous ne pouvons que nous satisfaire de l'obligation du recours au tiers payant et de l'interdiction de dépassement d'honoraires des PASI. Cela s'inscrit dans l'ambition d'un accès aux soins juste et égal pour tous.

En conclusion, cette proposition de loi constitue une avancée pertinente de la prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville, laquelle doit être considérée comme le pivot de la nouvelle organisation de notre système de santé.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Nous examinons ce matin une proposition de loi du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés, particulièrement de notre collègue Cyrille Isaac-Sibille, visant à créer des points d'accueil pour soins immédiats.

Il s'agit de prendre en compte une demande sociétale croissante de nos concitoyens, celle d'une réponse rapide et concentrée dans un même lieu à des besoins en santé simples, ne nécessitant pas de passages aux urgences. Je ne me prononcerai que sur la nouvelle mouture de la proposition de loi, telle qu'elle découle d'un amendement du rapporteur. En effet, la proposition initiale concevait les PASI comme partie intégrante du service public hospitalier, ce qui pouvait effectivement entraîner une confusion avec les services des urgences.

La nouvelle rédaction a pour ambition d'apporter davantage de visibilité aux structures d'accueil en médecine de ville, réalisant des soins non programmés et disposant d'un plateau technique simple. Elle s'inscrit ainsi dans la logique de refonte de notre système de santé portée par la stratégie « Ma santé 2022 », en créant seulement une faculté – c'est bien là aussi son intérêt – à l'initiative des professionnels de santé des villes ou des territoires, dans le cadre de ces PTS. Nous y voyons un nouvel outil à destination des professionnels, qui permettrait non seulement de faciliter et de simplifier la vie des patients mais aussi de rendre accessible le fait de pouvoir se soigner, à condition qu'il soit bien identifié par ces derniers.

Nous accueillons donc avec bienveillance cette initiative dont nous croyons savoir qu'elle est issue d'une expérience de terrain et de remontées des acteurs locaux. D'une certaine manière, elle a déjà fait la preuve de son efficacité et notre rôle est bien de soutenir toutes les initiatives, si petites soient-elles, qui permettront de répondre à une demande croissante de nos concitoyens.

**M. Philippe Vigier.** Le groupe Libertés et Territoires, que je représente avec Jeanine Dubié, apportera son soutien à cette initiative de Cyrille Isaac-Sibille.

Première raison : Agnès Firmin Le Bodo l'a très bien dit à l'instant, les difficultés d'accès aux soins dans ce pays sont grandes. Tous les chiffres qu'ont cités nos collègues n'en sont qu'une cruelle illustration. Des plans se sont succédé et continuent d'être des échecs, car la situation s'aggrave – il faut mettre des mots sur ce qui se passe. Nous vivons même un moment un peu particulier puisque le Premier ministre et la ministre sont en train d'annoncer des mesures pour l'hôpital.

Cette proposition de loi va dans le bon sens pour une seconde raison : elle est le fruit d'une concertation. Rien ne peut se faire sans que l'ensemble des acteurs, à un moment ou à un autre, soient amenés à se prononcer sur la façon dont, en matière d'urgence en particulier, on peut trouver des solutions autres que celles que nous connaissons.

Évidemment votre amendement va dans le bon sens parce qu'il apporte de la souplesse. Ces points d'accueil peuvent être à l'hôpital, dans un hôpital de proximité ou dans une maison de santé pluridisciplinaire. Il faut avoir cette souplesse. Si l'on impose à nouveau un carcan, on sait que ce sera l'échec.

Certaines questions se posent encore sur ces PASI, notamment celle de leur financement. À cet égard, je voulais apporter mon témoignage d'une CPTS dont je suis très fier parce que le Président de la République l'a citée dans le plan « Ma santé 2022 ». C'est la première année que l'ARS la financera. Auparavant, c'était la Mutualité sociale agricole qui avait assuré son fonctionnement. Faisons donc attention à ne pas mettre en concurrence des financements, car les CPTS mettront du temps à monter en puissance. Si elles existent à certains endroits, dans d'autres, comme la couronne parisienne, ce sera dans deux ou trois ans. Cela signifie qu'il faut d'abord trouver les moyens financiers.

Mais il faut aussi que le dispositif soit attractif pour celles et ceux qui voudront bien assurer ce type de soins. Vous avez dit, monsieur le rapporteur, qu'il ne fallait pas de dépassement d'honoraires, mais des gratifications particulières sont tout de même nécessaires. On le fait bien pour les gardes.

Nous soutiendrons donc cette initiative. Même petite, elle permettra d'avancer sur ce sujet, qui est la première attente des Français.

**M. François Ruffin.** Ce matin, à la radio, Jean-Pierre Hugot, professeur de pédiatrie à l'université de Paris, témoignait : « *Les épidémies de bronchiolite sont annoncées tous les ans ; elles arrivent avec le Beaujolais nouveau. On sait qu'elles vont être là. Eh bien, cette année, on avait vingt lits de réanimation pédiatrique qui étaient fermés au début de l'épidémie [...] Il y a une semaine, on a donc été obligés de transférer ces bébés à Reims, à Rouen, à Caen, à Amiens.* » Et il ajoute : « *C'est arrivé il y a une semaine, alors que le pic de l'épidémie est attendu dans une quinzaine de jours, et cela va être encore pire.* »

Voilà où en est la France : après le jeu des chaises musicales, celui des couveuses médicales ! Et j'ai pu constater que la situation était identique au service des urgences de l'hôpital de Saint-Nazaire : des lits étaient installés dans le couloir, à l'accueil, et on avait construit, en plus, un bloc Algeco.

Mais ne nous y trompons pas : la crise des urgences est un symptôme de la crise, plus vaste, de l'hôpital. Nous ne réglerons donc pas la première sans nous pencher sur la seconde. De fait, la question des lits n'est que la partie visible du problème ; l'essentiel est invisible. C'est le chef de service qui, le matin, se demande, non pas comment va son patient, mais lequel il va devoir faire sortir. C'est le fait qu'un tiers des infirmières et infirmiers quittent le métier avant cinq ans, après avoir suivi une formation de trois ans. C'est un gâchis considérable !

Le groupe de La France insoumise doute que ce soit par l'improvisation permanente, illustrée par le PLFSS 2020, ou par des amendements de dernière minute du Gouvernement que l'on parviendra à remédier à cette situation.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Vous n'avez donc pas évoqué la proposition de loi de M. Cyrille Isaac-Sibille...

**M. Pierre Dharréville.** Monsieur le rapporteur, ce n'est évidemment pas de votre fait, mais il est pour le moins singulier que nous soyons invités à discuter cette proposition de loi au moment où l'examen du PLFSS connaît une phase un peu trouble. Certes, vous tâchez, et votre effort est louable, de contribuer, par votre texte, à trouver une solution au problème. Mais je doute que la crise des urgences et, de façon générale, celle de l'hôpital public puissent être réglées de cette manière, car un certain nombre de dispositifs existent déjà – vous les avez cités, du reste. Je pense, par exemple, à la maison médicale de garde qui a été créée au sein de l'hôpital de ma circonscription.

Le diagnostic mériterait donc, selon le groupe de la Gauche démocrate et républicaine, de faire l'objet d'une discussion plus approfondie. En effet, le recours abusif aux urgences serait, dit-on, le problème majeur. Or, cette hypothèse est assez discutable. Elle est discutée, du reste, puisque, selon une enquête d'octobre 2019 publiée dans un journal médical britannique, 6 % seulement des patients qui recourent au service des urgences n'y auraient pas leur place.

Je crains, en définitive, que le dispositif proposé ne soit qu'un dérivatif, un palliatif. J'ignore si les mesures qui sont annoncées en ce moment même permettront de résoudre le problème auquel nous sommes confrontés. En tout cas, il ne faudrait pas que ce texte justifie leur insuffisance.

Enfin, je crains également que le texte ne favorise une confusion entre public et privé. En effet, il était indiqué, dans l'exposé des motifs, que *« les établissements de santé privés autres que ceux participant au service public pourraient être associés s'ils exercent une activité d'accueil pour soins immédiats »*.

**M. Gilles Lurton.** Monsieur le rapporteur, il est vrai que, ces dernières années, nous avons pu observer une évolution du profil des patients reçus dans les services hospitaliers des urgences. Ces patients sont de plus en plus souvent en quête d'immédiateté, faute de médecins libéraux disponibles pour les soigner. Cette demande croissante est à l'origine de la grave crise qui secoue actuellement les hôpitaux de notre pays, notamment les services des urgences, crise dont le Gouvernement n'a toujours pas pris la mesure de la gravité.

Face à cette situation, vous nous proposez de créer des PASI afin de désengorger les services des hôpitaux. J'approuverai, bien entendu, votre proposition de loi, qui me paraît logique. Toutefois, je comprends mal son objet, car tous nos hôpitaux comprennent déjà ce type de services. Ainsi, à Saint-Malo, une unité de SOS Médecins est installée au cœur même de l'hôpital, où elle assure des permanences 24 heures sur 24. Elle passe avec celui-ci des conventions dès que des examens biologiques ou radiologiques sont nécessaires et lui transfère

immédiatement les patients qui se trouvent dans les situations les plus graves. Je m'interroge donc sur l'intérêt de votre texte.

Quant à l'amendement que vous avez déposé, monsieur Mesnier, j'avoue avoir beaucoup de mal à en comprendre le sens, dès lors que, depuis maintenant plus de deux ans, rien n'a été fait par la majorité pour éviter la crise dans laquelle nous nous trouvons, crise que les propositions contenues dans votre rapport ne sont pas de nature à apaiser.

**Mme Justine Benin.** Monsieur le rapporteur, je suis convaincue que la proposition de loi que vous soumettez à notre examen est une pierre de plus au grand édifice que représente la stratégie globale de réforme de notre système de santé « Ma santé 2022 ». Ne voyons pas dans ce texte un dispositif qui serait en contradiction avec ce que nous avons construit depuis maintenant deux ans et demi. Bien au contraire, les PASI sont une mesure complémentaire et positive, en parfaite harmonie avec la philosophie du plan « Ma santé 2022 ». Ils permettront de libérer du temps médical, de mieux organiser le maillage de la santé dans les territoires et de soulager les services des urgences des hôpitaux. Cette proposition de loi, je le dis sans ambages, est positive pour l'ensemble des territoires et elle est attendue par la population.

**Mme Isabelle Valentin.** L'activité des services des urgences a connu, au cours des dernières années, une augmentation continue. Ainsi, le nombre de passages annuels a doublé en vingt ans, atteignant plus de 21 millions, avec un coût considérable pour la société. Les professionnels souffrent de ne pouvoir garantir en permanence la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients. Dans notre système de santé, les urgences sont devenues une étape systématique de tout parcours de soins. Le développement des plateaux ambulatoires de consultations non programmées s'accélère, un nouveau modèle d'exercice pluriprofessionnel doit être soutenu en centre de santé dans les établissements sanitaires et médico-sociaux qui maillent notre territoire, et une nouvelle offre territoriale de santé simplifiant l'accès aux soins doit être développée.

À l'hôpital d'Yssingaux, par exemple, de nombreuses consultations limitent le recours au service des urgences, qui se situe à plus d'une demi-heure de route. Les points d'accueil pour les soins immédiats s'intégreront ainsi dans le nouveau paysage sanitaire instauré par la stratégie « Ma santé 2022 ». Ils compléteront également le pacte de refondation des urgences, dont ils représentent le volet ambulatoire. Néanmoins, la somme annoncée – 750 millions sur trois ans – n'est pas à la hauteur, compte tenu de la situation extrêmement tendue de nos hôpitaux, d'autant qu'il ne s'agit pas de crédits nouveaux mais de réaffectations. Qu'en sera-t-il du financement de ces nouvelles mesures ? Seront-elles viables à moyen et long terme ?

**M. le rapporteur.** Je vous remercie pour vos interventions ; je vais tâcher de répondre à chacun d'entre vous.

Monsieur Mesnier, ma proposition de loi s'inscrit parfaitement dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 ». Du reste, l'amendement AS21 rectifié est le fruit d'une réflexion menée avec le Gouvernement, qui en approuve chaque mot. Par ailleurs, plusieurs d'entre vous ont évoqué l'hôpital. Ce que je propose dans ce texte, c'est une réorganisation de l'ambulatoire. La réponse à la demande pressante qu'ont exprimée récemment nos concitoyens dans la rue comporte deux volets : les mesures annoncées ce matin par le Gouvernement constituent la réponse hospitalière ; quant à moi, je propose une réponse ambulatoire au problème des urgences. Ce sont les deux faces de la même médaille.

J'ajoute que les PASI ont vocation à accompagner la stratégie « Ma santé 2022 ». Mais il faut compter, on le sait, avec une certaine inertie. Pour l'heure, cela a été souligné, 400 CPTS ont été créées ou sont en projet ; il en manque donc encore 600. Les PASI présentent l'intérêt d'offrir une solution immédiate, en permettant à l'ARS de labelliser les dispositifs existants – tels que ceux de Saint-Malo ou d'Yssingaux, que vous avez cités – afin qu'ils puissent être identifiés. Nous sommes dans une période de latence : il faudra deux à trois ans pour que le schéma des CPTS se déploie dans l'ensemble du territoire et cinq années pour que les PTS voient le jour. C'est pourquoi, si nous adoptons votre sous-amendement, monsieur Mesnier, nous figerions les choses et renverrions les solutions aux calendes grecques. En revanche, celle que je propose est, certes, modeste, mais elle est souple et permet de répondre immédiatement à la préoccupation de nos concitoyens.

Monsieur Perrut, je vous remercie pour votre soutien. La demande est, en effet, urgente. Je l'ai dit, ce que je propose n'est pas nouveau : des dispositifs existent déjà, notamment dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, où ils ont été évalués et où ils fonctionnent. L'objectif est donc de les labelliser immédiatement et de les identifier. Pourquoi ai-je finalement opté pour une labellisation plutôt que pour une autorisation ? Précisément parce que l'autorisation relève d'une procédure beaucoup plus lourde et plus longue : il faudrait dix-huit mois ou deux ans pour l'obtenir, alors qu'en s'en tenant à une labellisation reposant sur le respect d'un cahier des charges national, nous serons à même d'offrir une solution dans quelques mois seulement – et non pas dans cinq ans, comme le propose Thomas Mesnier.

Madame Essayan, il s'agit, je l'ai dit, de proposer une solution simple, souple et rapide. Encore une fois, ma proposition de loi ne concerne pas du tout l'aspect hospitalier. Elle a uniquement pour objet de réorganiser la médecine de ville, la médecine ambulatoire, en offrant aux médecins les plateaux techniques qui leur manquent actuellement pour prodiguer des soins simples ne nécessitant pas une hospitalisation.

Madame Firmin Le Bodo, je vous remercie également pour votre soutien. Il s'agit, en effet, de répondre à une demande sociétale. L'intérêt de la proposition de loi est de rapprocher les médecins généralistes, dans le cadre de leurs tours de garde, d'outils dont ils ne disposent pas actuellement – je pense notamment à la

radiologie ou à la biologie. Il y a encore quelques années, les médecins généralistes pouvaient pratiquer de petites interventions chirurgicales, car ils disposaient d'une Poupinel. Désormais, celle-ci est interdite : la stérilisation requiert des moyens importants. Or, si un généraliste ne peut pas faire lui-même trois points de suture, que fait-il ? Il envoie son patient aux urgences, lesquelles, Thomas Mesnier le souligne dans son rapport, ne sont pas faites pour cela.

Monsieur Vigier, je suis d'accord avec vous, il faut proposer différentes solutions. Cette proposition de loi est modeste : elle ne résoudra pas tous les problèmes. Ainsi, je n'ai pas voulu toucher à la régulation, qui est une autre question. Ce texte a trait, je le rappelle, à des soins immédiats, simples, ponctuels, qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Quant aux financements, ils proviennent, pour ce qui est des dispositifs existants, de l'ARS ou du Fonds d'intervention régional, dans le cadre de conventionnements. Bientôt, M. Nicolas Revel me l'a confirmé, un financement à hauteur de 400 millions sera consacré au fonctionnement des CPTS. De fait, ces petites structures auront sans doute besoin d'un petit secrétariat, d'une femme de ménage et, surtout, d'une logistique – stérilisation, matériel nécessaire à la pose d'un plâtre, aiguilles, pansements... – qui permettra aux médecins généralistes d'apporter une réponse pratique.

Par ailleurs, je suis d'accord avec vous, les CPTS vont monter en puissance, mais il nous faut attendre encore quelques années. C'est pourquoi, en inscrivant les PASI dans le cadre des PTS, le sous-amendement de Thomas Meunier reporterait la solution dans cinq ans. Or, nous ne pouvons pas attendre : nous devons apporter une réponse immédiate.

Monsieur Ruffin, ma proposition de loi est modeste ; elle ne prétend pas traiter tous les problèmes liés à l'hospitalisation : elle a uniquement pour objet d'éviter l'encombrement des services d'urgences.

Monsieur Dharréville, la réponse gouvernementale, c'est l'autre face de la médaille. Elle est donc complémentaire de ma proposition de loi. L'intérêt de cette dernière est de jeter une passerelle entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. De fait, les structures qui disposent d'un plateau technique pourront les mettre à la disposition des médecins généralistes, dans le cadre de leur tour de garde, pour leur permettre d'aller au-delà des gestes qu'ils pratiquent dans les maisons de garde, où ils ne disposent pas, hélas, de matériel de radiologie ou de biologie, par exemple.

En ce qui concerne les chiffres, vous indiquez que, pour seulement 6 % des patients, le passage par un service des urgences ne serait pas justifié. Tout dépend de ce que l'on entend par urgences : selon moi, il y a urgence lorsque le pronostic vital ou fonctionnel du patient est engagé et nécessite donc une hospitalisation. Les 20 % évoqués par la DREES correspondent aux patients qui se rendent aux urgences et en repartent avec un soin ou une ordonnance, sans avoir bénéficié du plateau lourd de l'hôpital. C'est pourquoi nous proposons de mettre à

disposition des médecins de ville des plateaux simples qui permettent de prodiguer des soins immédiats, ponctuels.

Les centres de santé équipés de matériel radiologique et biologique pourront, bien évidemment, être labellisés PASI, de même que les maisons de santé pluriprofessionnelles qui disposent d'un service d'imagerie. L'important, c'est que la population puisse identifier des lieux où ils peuvent recevoir, de la part de médecins généralistes, des soins demandant une petite technicité.

Monsieur Lurton, je suis d'accord avec vous, il faut apporter aux Français une réponse immédiate, sans attendre le déploiement des CPTS. Vous avez cité SOS Médecins : grâce à la proposition de loi, ce type de dispositif pourra être labellisé, obtenir un financement et être identifié par la population. Il est vrai que des expériences sont menées çà et là, mais il convient de généraliser ce dispositif à l'ensemble du territoire.

Madame Benin, comme vous le rappelez, cette proposition de loi s'inscrit parfaitement dans le cadre de « Ma santé 2022 », et c'est la raison pour laquelle elle a reçu le soutien du Gouvernement, qui en approuve chaque mot.

Madame Valentin, la proposition de loi permettra au centre d'Yssingaux d'être labellisé, donc identifié par les patients. Quant au financement, on a obtenu du Gouvernement qu'il se fasse sur cinq ans et soit donc un peu pérenne, ce qui correspondrait au contrat avec les CPTS.

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

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

*La commission est saisie de l'amendement AS21 rectifié du rapporteur, qui fait l'objet de plusieurs sous-amendements.*

**M. le rapporteur.** Il s'agit de proposer une nouvelle rédaction de l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi. Il est en effet apparu nécessaire de mieux articuler le dispositif proposé avec les communautés professionnelles territoriales de santé, qui sont au cœur de l'ambition du Gouvernement de renforcer et de mieux structurer l'offre de soins dans les territoires.

Les CPTS sont désormais en train de monter en puissance, notamment depuis la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2019 sur leur développement coordonné et leur déploiement. Il est prévu, dans cet accord, que les CPTS s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville et puissent s'associer avec d'autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires et médico-sociaux, établissements et acteurs de santé tels que les hôpitaux de proximité et les établissements d'hospitalisation à domicile. Le fait de faciliter l'accès aux soins des patients, notamment d'améliorer la prise en charge des soins non programmés, figure parmi les principales missions qui leur sont conférées. Dans ces conditions, il aurait été contreproductif de

restreindre les PASI aux seuls établissements participant au service public hospitalier, sans prévoir de les associer aux CPTS, d'autant plus que l'accord conventionnel prévoit un soutien financier annuel, intervenant dans le cadre d'un contrat tripartite – CNAM, ARS et CPTS – destiné à en assurer le fonctionnement.

Par cet amendement, nous proposons en conséquence que la création et le fonctionnement des PASI soient prévus par le projet territorial de santé ou dans le projet de santé d'une ou plusieurs CPTS, sans que les établissements de santé soient les seules instances autorisées à les héberger, et que, à défaut de PTS ou de CPTS, le directeur général de l'ARS puisse prendre l'initiative de labelliser une structure existante. Ainsi, les PASI sont un outil mis à la disposition des CPTS pour s'organiser.

Cet amendement tend également à apporter un certain nombre de modifications complémentaires qui visent à assurer la pérennité du dispositif. Une durée de cinq ans est ainsi proposée, correspondant à celle des contrats relatifs aux CPTS qui seront signés dans le cadre de l'accord conventionnel entre la CNAM et l'ARS.

Par ailleurs, dans une logique de reconnaissance de l'initiative des acteurs de terrain qui prévaut concernant les CPTS, au régime d'autorisation prévu dans le texte initial il semble préférable de prévoir celui d'une labellisation par l'ARS, sur la base d'un cahier des charges national défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Enfin, l'amendement vise à ajouter un certain nombre de garanties importantes au bénéfice des patients, en matière de coûts et de facturation, que ce soit au niveau même du PASI ou ultérieurement.

*La commission examine, en discussion commune, les sous-amendements AS23 de M. Brahim Hammouche et AS25 de Mme Martine Wonner.*

**M. Brahim Hammouche.** Par le sous-amendement AS23, nous proposons de permettre aux médecins généralistes de caractériser, le cas échéant, l'état de santé du patient, tant sur un plan somatique que psychique, après avis d'un médecin spécialiste, notamment psychiatre, ou de le réorienter vers un psychiatre ou une structure d'accompagnement psychosocial.

**Mme Martine Wonner.** Le sous-amendement AS25 tend à préciser que, lors de la prise en charge au sein du PASI, l'état de santé psychique du patient est pris en compte au même titre que son état de santé physique.

**M. le rapporteur.** Ces deux sous-amendements apportent une précision intéressante. Je demanderai toutefois à M. Hammouche de bien vouloir retirer le sien au profit de celui de Mme Wonner, qui me paraît mieux rédigé.

*Le sous-amendement AS23 est retiré.*

*La commission adopte le sous-amendement AS25.*

*Elle examine ensuite, en discussion commune, les sous-amendements AS26 de Mme Martine Wonner et AS24 de M. Brahim Hammouche.*

**Mme Martine Wonner.** Les patients devant faire l'objet de soins appropriés, le sous-amendement AS26 tend à préciser qu'ils peuvent être réorientés, le cas échéant, vers un service d'accompagnement médico-social en vue de leur réhabilitation.

**M. Brahim Hammouche.** Les médecins généralistes exerçant au sein des PASI doivent pouvoir, le cas échéant, orienter les patients dont l'état de santé le nécessiterait vers des structures psychiatriques ou des centres d'accompagnement psychosocial à même d'entamer une réhabilitation psychosociale. Il ressort en effet des conclusions de la mission d'information sur l'organisation territoriale de la santé mentale que les médecins généralistes et les psychiatres ou les spécialistes de l'accompagnement psychosocial ne dialoguent pas suffisamment, quand ils ne s'ignorent pas tout bonnement. Il est donc impératif que cette collaboration soit pensée dans le cadre des missions conférées aux médecins des PASI.

**M. le rapporteur.** Ces deux sous-amendements ont le même objet, et j'y suis tout à fait favorable. Dans un souci de réciprocité, je donnerai un avis favorable à celui de M. Hammouche et demanderai à Mme Wonner de retirer le sien.

**Mme Martine Wonner.** Je suis la rédactrice de ce sous-amendement, mais je vais faire montre d'un esprit collaboratif en le retirant.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Tout cela au service de la psychiatrie. Merci !

*Le sous-amendement AS26 est retiré.*

*La commission adopte le sous-amendement AS24.*

*Puis elle examine le sous-amendement AS22 de M. Thomas Mesnier.*

**M. Thomas Mesnier.** La nouvelle rédaction de l'article 1<sup>er</sup> proposée par le rapporteur permet de mieux articuler les PASI avec la stratégie « Ma santé 2022 » et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé que nous avons votée cet été. La gestion des soins immédiats – également appelés depuis deux ans soins non programmés – a été confiée aux CPTS dans le cadre des accords conventionnels signés il y a quelques mois. La dynamique est là et les choses se font depuis deux ans sur le territoire.

Pour permettre la poursuite de cette dynamique des professionnels libéraux dans les CPTS et éviter de la casser au profit de PASI qui ne seraient pas corrélés avec les médecins libéraux de terrain, nous proposons un dispositif qui maintient les PASI tels quels, sous réserve qu'ils soient à la main complète des professionnels dans les CPTS et les projets territoriaux de santé.

**M. le rapporteur.** Monsieur Mesnier, votre sous-amendement touche deux aspects importants de la rédaction du texte.

Vous proposez d'abord de conditionner l'habilitation des PASI au fait que ces structures soient prévues dans les PTS. Vous n'ignorez pas que l'élaboration des PTS est à un stade peu avancé et que les CPTS sont encore embryonnaires, même si le dispositif est appelé à prendre son essor et à se développer dans les prochains mois. C'est pourquoi la rédaction que vous proposez reviendrait à enterrer purement et simplement le PASI, en tout cas à différer considérablement le lancement du dispositif. En effet, pour que les deux conditions soient réunies, il faut nécessairement beaucoup de temps, compte tenu de la situation actuelle et du fait notamment que les CPTS en sont encore à leurs balbutiements.

Avez-vous entendu la demande pressante de nos concitoyens ? Je ne le sais pas. Pour les raisons que j'ai exposées, il est au contraire important que les dispositifs soient souples, que les acteurs de terrain aient d'ores et déjà la possibilité, s'ils le souhaitent, de les créer. Là où je propose de la souplesse, vous introduisez au contraire une rigidité excessive qui ne va pas dans le sens du Gouvernement et qui ne peut que paralyser les choses.

Le second point de votre sous-amendement a le même objectif. Là où je propose de donner plus de liberté aux acteurs volontaires de déployer un PASI sans attendre un PTS ou la création d'une CPTS, grâce à une initiative du directeur général de l'ARS, vous introduisez une nouvelle fois un élément de frein, de paralysie inutile en le privant de la possibilité de prendre l'initiative de labelliser une structure existante. Cela revient en fait à priver inutilement les patients d'une opportunité dont on pourrait sentir immédiatement les effets sur le terrain. Chacun sait que l'embolisation actuelle des services d'urgences est en partie due à un manque d'offre de soins non programmés. La proposition de loi prétend contribuer modestement à répondre à cette situation urgente. L'adoption de votre sous-amendement ne ferait que retarder considérablement le développement des dispositifs et par conséquent empêcherait d'alléger un peu la charge qui pèse sur nos services d'urgences.

Enfin, je répète que le texte de mon amendement a été travaillé mot pour mot avec le Gouvernement, avec le cabinet d'Agnès Buzyn et celui du Premier ministre, et avec la DGOS, qui n'y voient rien qui contrevienne en quoi que ce soit à « Ma santé 2022 ». C'est une rédaction équilibrée qui convient à toutes les parties et répond à la nécessité de s'adapter aux réalités de terrain qu'il serait regrettable de ne pas prendre en compte, et qui risquerait de déséquilibrer l'édifice.

Je suis donc défavorable à votre sous-amendement qui introduit de la rigidité.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous sommes en train de légiférer entre parlementaires. Aussi, j'aimerais qu'on en reste à l'avis du rapporteur sur des amendements et sous-amendements et qu'on ne s'arrache pas

l'aval ou non du Gouvernement. Il est important qu'on discute entre nous, vous le dites assez souvent ; c'est tout ce qui doit nous éclairer.

**Mme Annie Vidal.** Il me semble que la constitution des PASI sera source de complexification. Certains professionnels de santé sont en train de s'organiser au travers des CPTS en cours de labellisation et des plateformes territoriales d'appui, à la fois dans l'esprit de « Ma santé 2022 » et du plan d'urgence qui a été proposé par notre collègue Mesnier. Ce que vous appelez PASI dans votre proposition de loi existe déjà sous différents noms – structures de renfort, etc. – et la mission que vous proposez qu'ils exercent existe déjà plus ou moins en place selon les territoires et est en cours de labellisation avec les autorités de tutelle. Aussi, je crains qu'une nouvelle structure, une nouvelle démarche de labellisation complexifie les choses et manque d'effectivité sur le terrain.

**M. Philippe Vigier.** Non, le PASI n'est pas une mesure de complexification. Ce sous-amendement est subtil et, disons-le, il tue la proposition de loi.

**Mme Justine Benin.** C'est clair !

**M. Philippe Vigier.** Or, peut-on encore attendre ? N'entendez-vous pas le message de détresse de l'ensemble des personnels ? N'entendez-vous pas le message de détresse de tous les Français qui en ont marre de ce système à bout de souffle ? Nous sommes là pour les aider, et je trouve qu'il est plutôt bien qu'un rapporteur dise qu'il a travaillé avec le Gouvernement et les différents acteurs de la profession car lors de la précédente législature j'ai déposé plusieurs propositions de loi sur l'accès aux soins qui ont été découpées soigneusement en tranches pour qu'elles ne trouvent pas d'existence. De même, il y a quelques années, alors que l'on avait adopté un amendement sur la télémédecine, le directeur général de la CNAM a mis des freins à son application. On n'a pas le droit de ne pas tester le moindre dispositif qui permette de mieux s'organiser.

Monsieur Mesnier, vous qui avez rédigé de très bons rapports sur les urgences, vous devriez accepter que d'autres initiatives aillent dans le bon sens. Dans mon département, j'accompagne les CPTS et je regarde ce qui se passe : il y en a une qui est mûre et qui fonctionne, et trois autres qui seront mûres dans deux ou trois ans. Voilà la réalité du terrain. Vous prenez une responsabilité en balayant d'un revers de main la proposition de loi, ce que je regrette. Mais rassurez-vous, une autre vient !

**Mme Jeanine Dubié.** Effectivement, ce sous-amendement restreint la possibilité de créer des PASI. Monsieur le rapporteur, j'ai bien compris que les PASI sont une gradation dans l'accès aux urgences et qu'ils pourront être installés dans des hôpitaux de proximité où des plateaux techniques pourront être réhabilités avec l'intervention des médecins généralistes, mais cette gradation dans l'accès aux urgences peut s'organiser aussi dans les maisons pluridisciplinaires de santé en les faisant monter en performance en ajoutant ces fameux soins d'urgence immédiats.

J'ai une question à propos des centres de santé puisque les médecins y sont salariés. Vous dites que l'activité sera rémunérée à l'acte. Les médecins généralistes interviendront-ils systématiquement dans les centres de santé alors que les médecins y sont salariés, ou les médecins salariés pourront-ils s'organiser pour créer le PASI à l'intérieur du centre de santé, donc sous condition de salariat ?

**M. Gilles Lurton.** Nous voterons bien sûr contre ce sous-amendement dont nous ne comprenons pas le sens et qui, comme l'a dit le rapporteur, rigidifie la proposition de loi qui pourtant est d'une grande modestie et dont les conséquences restent tout à fait relatives.

J'ai le sentiment que jamais la situation dans les services d'urgences n'a été aussi grave qu'aujourd'hui puisque plus de 736 d'entre eux sont en grève. C'est dire si les choses vont bien !

Enfin, vous avez raison, madame la présidente, nous sommes ici entre parlementaires pour légiférer, et la ministre pourra nous donner son avis sur ce texte la semaine prochaine dans l'hémicycle, avis qui doit peu influencer sur notre raisonnement.

**Mme Véronique Hammerer.** Je sens que les débats sont passionnants et passionnés. Qui vous dit que, parce que vous l'aurez décrété ce matin, les PASI seront créés immédiatement ?

Je suis favorable à ce sous-amendement parce qu'il existe déjà de nombreuses structures dans nos territoires. En France, il est difficile de mailler le territoire, de se nourrir des expériences des uns et des autres. Vous proposez les maisons médicales de garde : cela existe déjà. Vous proposez les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : cela existe déjà. Vous proposez les pôles de santé pluridisciplinaires : cela existe déjà. Ce que la loi prévoit avec les CPTS, c'est tout simplement un encadrement et de mettre en exergue tout ce qui existe déjà et qu'il ne faudra donc pas attendre cinq ans.

Il faut que les acteurs dans les territoires se saisissent des outils qui existent déjà. À nous de leur donner les moyens de le faire.

**M. Patrick Mignola.** Oui, il faut respecter la diversité des territoires qui a d'ailleurs inspiré cette proposition de loi de M. Cyrille Isaac-Sibille. Ce système fonctionne déjà à titre expérimental dans la région Auvergne-Rhône-Alpes sous l'autorité du directeur général de l'ARS et avec son soutien. Je suis sûr que le rapporteur général le sait puisqu'il est originaire de la même région que M. Isaac-Sibille et moi-même.

Face à un problème de grande ampleur, il nous faut un bouquet de solutions selon les initiatives, les besoins, les attentes de nos concitoyens et l'histoire du monde de la santé dans les différents territoires. Aussi est-il bon que cette solution-là puisse être aussi proposée. Il faut seulement veiller à ce qu'elle ne

soit pas orthogonale avec l'esprit que nous avons voulu faire vivre dans le cadre de « Ma santé 2022 ». C'est la raison pour laquelle nous avons travaillé avec tous les acteurs, que M. Isaac-Sibille s'est rapproché de toutes celles et ceux qui doivent, au niveau national, au sein de l'exécutif et du Parlement, sur le terrain, dans les différentes collectivités, avec les services déconcentrés de l'État, obtenir les réponses à apporter à nos concitoyens. Tous convergent pour dire que parfois telle réponse ne sera pas adaptée ou au contraire absolument nécessaire. Je ne vois pas ce qui pourrait nous inciter à reporter à demain ce qui peut parfois être nécessaire. Nous devrions tous avoir l'humilité de reconnaître que nous sommes là pour servir la population dans sa diversité, dans ses attentes, et qu'il ne faut pas écarter des solutions au motif qu'on voudrait en détenir la paternité. Nous ne sommes pas ici pour rechercher des paternités ni pour qu'une loi porte notre nom, mais pour apporter des solutions aux Français.

**M. Julien Borowczyk.** Ce sous-amendement ne remet pas en question l'idée originelle de cette proposition de loi. Comme l'a dit Mme Hammerer, des initiatives sont prises dans les territoires et les professionnels s'en emparent. Dans ce cadre, les PASI peuvent constituer un outil.

Il y a une denrée rare dont on a oublié de parler : les médecins généralistes dans les territoires qui soignent les cas polypathologiques chroniques. Ces médecins nous disent que ces systèmes de prise en charge en urgence permettront certes de les soulager, mais ils souhaitent surtout que ces structures soient coordonnées avec leur activité, sinon on risque d'aboutir à un phénomène d'entonnoir catastrophique puisque les cas polypathologiques transversaux seront en dehors de la prise en charge globale du patient. Le présent sous-amendement permet de la transversalité qui se fait grâce aux CPTS. C'est vrai, l'élaboration de ce *modus operandi* avec toute la communauté professionnelle au bénéfice d'une population prend du temps, mais c'est un système vertueux. Et n'oublions pas que derrière une angine, il y a aussi parfois une polypathologie.

**M. Brahim Hammouche.** Non seulement ce sous-amendement détricote et tue dans l'œuf la proposition de loi, mais de surcroît il dénature les CPTS qui sont des communautés de femmes et d'hommes qui ont pour objectif à la fois de se coordonner, d'être dans la continuité des soins et d'assurer une sécurité des soins. Dans un département comme la Moselle, qui compte 1,036 million d'habitants, il y a une CPTS d'un périmètre de 213 000 habitants. Autrement dit, il faudrait créer au moins quatre à cinq CPTS pour couvrir l'ensemble de ce département. Quand on sait que la seule CPTS qui existe a mis plusieurs années à être créée, on se demande comment on pourrait en élaborer, articuler et organiser cinq en deux ans. Proposer de tout réguler par la CPTS revient à dénaturer son esprit même qui doit être dans l'organisation et dans la coordination et non dans la coercition. Nous pouvons donc utiliser d'autres outils, notamment celui qui est proposé dans la proposition de loi, qui s'intégreront parfaitement dans d'autres organisations, y compris la CPTS.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** On peut décréter que les PASI vont s'insérer dans les territoires comme on ne peut pas décréter que les CPTS vont s'installer partout. Cette proposition de loi « ne mange pas de pain », elle apporte une réponse supplémentaire et elle laisse la faculté aux territoires de se saisir d'un outil. Face à l'urgence, il faut faire confiance à l'intelligence des territoires pour se saisir ou non des moyens que nous mettons à leur disposition. Celui-ci n'est qu'un outil supplémentaire.

**Mme Martine Wonner.** Ce qui me gêne un peu dans cette structuration supplémentaire, c'est justement qu'elle est supplémentaire. Nous nous sommes tous engagés ici à simplifier et à faire preuve de beaucoup de pragmatisme. Il y a deux ans, nous avons soutenu ensemble, et nous en étions fiers, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, en partant du principe qu'il fallait faire confiance aux acteurs de terrain. Aujourd'hui, il faut adopter la même position et faire confiance. Les outils existent déjà. Ensuite, nous devons veiller, en tant que parlementaires, à l'évaluation des CPTS. Mais il faut laisser le temps aux acteurs d'appivoiser cet outil, ce qui passe par la confiance. Certes, ajouter une structure ne mangerait pas de pain, mais cela contribuerait à la dispersion des acteurs, des parcours de soins qui sont déjà compliqués pour les patients. Aussi ne m'apparaît-il pas très pertinent d'ajouter une nouvelle enseigne à l'heure de la montée en charge des CPTS et de la contractualisation dans les territoires et si l'on veut garantir une permanence des soins qualitative.

**M. Thomas Mesnier.** Monsieur le rapporteur, je ne crois pas que vous puissiez parler au nom du Gouvernement, sinon vous ne seriez pas rapporteur...

Nous n'avons pas dû entendre la même chose lorsque nous avons auditionné les représentants de la DGOS. En tout cas, je n'ai pas eu tout à fait le même son de cloche.

Vous me demandez d'écouter les patients : c'est ce que je fais. Je ne crois pas que vous ayez auditionné les patients, et j'écoute comme vous les professionnels.

Ce sous-amendement sert à ne pas laisser la main aux ARS sur ce dispositif PASI qui est effectivement un outil supplémentaire. Il sert aussi à bien corréliser les PASI aux CPTS pour laisser la main aux médecins libéraux de terrain, aux médecins généralistes, et permet d'éviter l'ouverture de centres privés, ceux qui existent déjà et que j'ai pu visiter désorganisant complètement le parcours de soins et n'assurant pas de façon systématique la qualité et la sécurité des soins. Ce sous-amendement entre pleinement dans le cadre de « Ma santé 2022 », en faisant confiance aux professionnels de terrain et en leur laissant à disposition ce nouvel outil que nous soutiendrons.

Il ne faut pas enlever les soins non programmés des CPTS, sinon certains professionnels pourraient être tentés de s'en désengager complètement ce qui ne

serait bénéfique ni aux Français, ni aux professionnels, ni au modèle de santé que nous prôtons depuis deux ans.

**M. le rapporteur.** Le PASI n'est pas une organisation mais un outil mis à disposition des CPTS et des PTS. Il permet aux médecins généralistes de s'appuyer sur un plateau technique pour le service du patient qui a besoin de soins immédiats. Ce n'est qu'un outil pour labelliser identifier des structures qui existent déjà, bien évidemment. L'idée est de les regrouper sous le même vocable dès lors qu'il existe un plateau technique. Cet outil prendrait le nom de PASI et il pourrait être labellisé par les ARS et avoir un cahier des charges national. Il ne faut donc pas mettre en concurrence les CPTS et le PASI.

Monsieur Mesnier, sur le fond vous êtes favorable au PASI, autrement dit à créer un outil au service de la médecine générale et de la médecine ambulatoire. Je suis satisfait de voir que le groupe La République en Marche y est également favorable.

La première partie de votre sous-amendement propose de laisser la main à l'ARS le temps que les CPTS soient créées, pour identifier et labelliser ce qui existe déjà. Dans la seconde partie de votre sous-amendement, vous prévoyez que les PASI ne pourront pas être créés en dehors des PTS et des projets de santé des CPTS. Or sachant que c'est la loi de juillet 2019 qui a institué le PTS, je me demande si certains ont déjà pu être lancés.

**Mme Véronique Hammerer.** Oui, il y en a déjà !

**M. le rapporteur.** En tout cas, on me dit qu'il n'y en a pas encore. Et comme il faudra plusieurs années avant qu'ils soient instaurés, votre sous-amendement revient à renvoyer les PASI aux calendes grecques.

J'ajoute qu'il s'agit d'un sous-amendement politique puisqu'il est cosigné par les membres de votre groupe. Je ne sais pas comment vous faites pour être favorables aux PASI tout en apportant de la rigidité et des freins puisque vous savez fort bien qu'il n'y a pas encore de PTS et qu'il faudra attendre des années avant qu'ils soient créés. Vous envoyez donc comme message à nos concitoyens que la solution est intéressante mais qu'il convient d'attendre deux, trois ou quatre ans, ce qui empêche la labellisation des outils existants.

Je suis donc défavorable à ce sous-amendement politique.

*La commission adopte le sous-amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement AS21 rectifié, modifié par les sous-amendements adoptés.*

*En conséquence, les amendements AS14 et AS15 de M. Jean-Louis Touraine tombent, et l'article 1<sup>er</sup> est ainsi rédigé.*

**Article 2** : *Gage de recevabilité*

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

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

\*

\* \*

*La commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi. En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/ta-commission/r2428-a0.pdf>).*



## ANNEXES

### ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

*(par ordre chronologique)*

➤ *Table ronde réunissant les fédérations hospitalières*

– **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Alexandre Mokédé**, responsable du pôle Offre de soins

– **Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif (FEHAP) (\*)** – **M. Guillaume Chesnel**, directeur de l’offre de soins et des parcours de santé

– **Fédération de l’hospitalisation privée (FHP) (\*)** – **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, et **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles

➤ **Ministère des solidarités et de la santé - Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – **Mme Sylvie Escalon**, sous-directrice de la régulation de l’offre de Soins, **Mme Eve Robert**, cheffe de projet accès territorial aux soins, et **Mme Carole Merle**, adjointe à la cheffe de bureau premier recours

➤ *Table ronde réunissant les représentants de médecins urgentistes*

– **Société française de médecine d’urgence (SFMU)** – **Dr. Agnès Ricard-Hibon**, présidente

– **Samu-Urgences de France** – **Dr. Muriel Vergne**, secrétaire générale, praticien hospitalier en médecine d’urgence au pôle Samu Urgences de l’hôpital Sainte-Musse à Toulon, responsable du Samu de coordination médicale maritime

– **Syndicat national des urgentistes de l’hospitalisation privée (SNUHP)** – **Dr. Albert Birynczyk**, président

➤ *Table ronde réunissant les syndicats de médecins libéraux :*

– **Syndicats des médecins libéraux (SML)** – **Mme Sophie Bauer**, secrétaire générale

– **Fédération des Médecins de France (FMF)** – **Dr. Jean-Paul Hamon**, président

– **Syndicat des médecins généralistes (MG France) – M. Jacques Battistoni**, président, et **Mme Alice Perrain**, vice-présidente

– **Le Bloc (Union AAL – SYNGOF – UCDF) – M. Bertrand de Rochambeau**, co-président

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) – M. Nicolas Revel**, directeur général

*(\*) Ce représentant d'intérêts a procédé à son inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

**ANNEXE N° 2 :**  
**LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À**  
**L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI**

<b>Proposition de loi</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b>	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 <sup>er</sup>	Code de la santé publique	L. 6112-1
1 <sup>er</sup>	Code de la santé publique	L. 6112-5
1 <sup>er</sup>	Code de la santé publique	L. 6311-1 à L. 6311-3 [ <i>nouveaux</i> ]