



N° 3971

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 mars 2021.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, EN NOUVELLE LECTURE, SUR LA PROPOSITION DE LOI, MODIFIÉE PAR LE SÉNAT, *visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*,

PAR MME STÉPHANIE RIST,

Députée.

---

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>re</sup> lecture : **3470, 3598 rect.** et T.A. **528**.  
Commission mixte paritaire : **3935**.  
Nouvelle lecture : **3898**.

*Sénat* : 1<sup>re</sup> lecture : **200, 356, 357** et T.A. **64** (2020-2021).  
Commission mixte paritaire : **398** et **399** (2020-2021).



## SOMMAIRE

---

	Pages
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>COMMENTAIRE DES ARTICLES</b> .....	9
Chapitre I <sup>er</sup> – Exercice en pratique avancée et protocoles de coopération.....	9
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Demande de rapport sur les pratiques avancées et les protocoles de coopération .....	9
<i>Article 1<sup>er</sup> bis AA</i> : Assimilation des infirmiers anesthésistes aux infirmiers de pratique avancée .....	11
<i>Article 1<sup>er</sup> bis A</i> : Coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale.....	12
<i>Article 1<sup>er</sup> bis</i> : Protocoles locaux de coopération .....	14
<i>Article 1<sup>er</sup> ter A</i> : Participation de représentants du ministre en charge du handicap au comité national des coopérations interprofessionnelles .....	16
Chapitre II – L'évolution des professions de sage-femme, de pharmacien et de certains auxiliaires médicaux.....	17
<i>Article 2 bis</i> : Possibilité pour les sages-femmes de renouveler ou prolonger des arrêts de travail.....	17
<i>Article 2 quater</i> : Extension des capacités de prescription des sages-femmes en matière de dépistage et de traitement d'infections sexuellement transmissibles .....	18
<i>Article 2 quinquies AA</i> : Possibilité de déclarer une sage-femme référente.....	19
<i>Article 2 quinquies A</i> : Extension du droit de prescription des sages-femmes en matière de produits de santé.....	20
<i>Article 2 quinquies B</i> : Dérogation au parcours de soins lorsqu'un patient est adressé par une sage-femme .....	21
<i>Article 2 quinquies</i> : Extension du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes aux produits de santé.....	22
<i>Article 2 sexies</i> : Possibilité pour les infirmiers et les médecins généralistes de délivrer des autotests VIH .....	23

<i>Article 2 septies</i> : Autorisation des médecins de ville à prescrire le traitement post-exposition ou la prophylaxie pré-exposition au VIH et autorisation des pharmaciens à les délivrer sans ordonnance.....	25
<i>Article 2 octies</i> : Prescription d'aides techniques par les ergothérapeutes.....	26
<i>Article 2 nonies</i> : Accès direct aux orthophonistes et possibilité pour ces professionnels de renouveler et d'adapter des prescriptions médicales d'actes d'orthophonie.....	27
<i>Article 2 decies</i> : Possibilité de vaccination par les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur.....	28
<i>Article 2 undecies</i> : Possibilités de vaccination par les laboratoires d'analyses de biologie médicale.....	29
<b>Chapitre III – L'attractivité du poste de praticien hospitalier dans les établissements publics de santé.....</b>	<b>30</b>
<i>Article 3</i> : Poser un principe de simplification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers.....	30
<i>Article 4</i> : Permettre l'expérimentation de créations de postes de praticiens hospitaliers centralisées au sein des groupements hospitaliers de territoire.....	31
<i>Article 4 bis</i> : Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé.....	33
<i>Article 4 ter</i> : Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé.....	34
<i>Article 4 quater A</i> : Assurer l'entrée en vigueur des dispositions légales relatives à la clause de non-concurrence des praticiens hospitaliers.....	35
<i>Article 4 quater</i> : Lutte contre le cumul irrégulier d'activités par les agents des établissements publics de santé.....	36
<i>Article 4 quinquies</i> : Permettre aux praticiens salariés d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif de pratiquer des dépassements d'honoraires.....	38
<b>Chapitre IV – Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé.....</b>	<b>39</b>
<i>Article 5</i> : Revalorisation de la place du service et du rôle du chef de service.....	39
<i>Article 5 bis A</i> : Affirmation du rôle de la commission médicale d'établissement dans la pertinence des soins.....	42
<i>Article 5 bis</i> : Définition du projet médical.....	43
<i>Article 6</i> : Possibilité de regrouper la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en une seule commission médico-soignante.....	45
<i>Article 6 bis</i> : Avis de la commission des soins infirmiers sur le programme d'investissement en équipements médicaux.....	47
<i>Article 7 bis A</i> : Pondération des voix au sein des organes et instances des groupements hospitaliers de territoire.....	48
<i>Article 7 bis B</i> : Interopérabilité des systèmes d'information au sein des groupements hospitaliers de territoire.....	48
<i>Article 7 bis</i> : Création d'un service d'accès aux soins.....	49

<i>Article 8</i> : Droit d'option des établissements publics de santé en matière de modalités d'organisation interne et de gouvernance.....	52
<i>Article 8 bis</i> : Participation de droit des parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé.....	54
<i>Article 9</i> : Élargissement de la composition du directoire des établissements publics de santé.....	55
<i>Article 9 bis</i> : Situation de conflit d'intérêts.....	57
<i>Article 9 ter A</i> : Renforcement du rôle des élus locaux au sein du conseil de surveillance ..	60
<i>Article 9 ter</i> : Élargissement du pouvoir de délibération du conseil de surveillance .....	62
<i>Article 10</i> : Lutte contre les abus liés à l'intérim médical .....	63
<i>Article 11</i> : Création d'un projet managérial à l'hôpital .....	66
<i>Article 11 ter</i> : Projet psychologique d'établissement.....	68
<b>Chapitre V – Simplification et gouvernance des organismes régis par le code de la mutualité .....</b>	<b>69</b>
<i>Article 13 quater</i> : Précisions des cas dans lesquels les mutuelles sont considérées comme participant à des missions de service public .....	69
<b>Chapitre VI – Simplification des démarches des personnes en situation de handicap..</b>	<b>70</b>
<i>Article 14</i> : Création d'une plateforme numérique d'information et de services à destination des personnes handicapées.....	70
<i>Article 14 bis A</i> : Nomination d'un référent handicap dans chaque établissement de santé .	71
<i>Article 14 bis</i> : Demande de rapport sur l'attractivité de l'exercice médical en établissement de santé privé d'intérêt collectif.....	72
<i>Article 14 ter</i> : Demande de rapport sur la coordination entre les professionnels de l'enfance .....	73
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION.....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI .....</b>	<b>113</b>



## AVANT-PROPOS

- Trois mois après son adoption à une large majorité en première lecture, la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification est de retour à l'Assemblée nationale, au terme de l'échec de la commission mixte paritaire (CMP) réunie le 2 mars dernier.

Dans une mesure tout à fait remarquable, la navette parlementaire a permis de considérablement enrichir ce texte.

Tout d'abord, elle a permis de préciser les dispositions initiales de la proposition de loi, qui ont beaucoup évolué au cours des débats. Surtout, elle a permis de faire émerger de nouveaux sujets, tenant à cœur aux parlementaires comme aux acteurs de notre système de santé.

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

- Plusieurs propositions font l'objet d'un consensus.

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

La navette parlementaire a également démontré, malgré des points de divergence, la volonté commune à l'Assemblée nationale et au Sénat de recentrer la gouvernance hospitalière autour des personnels soignants.

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

Les deux assemblées ont enfin convergé dans leur volonté de progresser sur la simplification des démarches des personnes en situation de handicap. Ce chantier, considéré comme une priorité par la majorité depuis le début de la législature, connaît à travers ce texte un progrès décisif, avec la mise en place d'une plateforme numérique pour centraliser les démarches de ces personnes et de leurs aidants.

● Malheureusement, l'écart séparant les deux chambres s'est illustré sur plusieurs points de la proposition de loi, éloignant toute possibilité d'accord.

C'est en particulier le cas sur les protocoles de coopération (**article 1<sup>er</sup> bis**), chers à la rapporteure. Ce dispositif permet aux professionnels de santé travaillant en équipe de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. La mise en place des protocoles de coopération a été récemment simplifiée par la loi d'accélération et de simplification de l'action public, dite « ASAP ». L'Assemblée a adopté des dispositions permettant d'étendre ces protocoles de coopération simplifiés au secteur médico-social et à l'exercice coordonné en ville. Le Sénat, lui, est revenu sur les dispositions de la loi « ASAP », rendant ainsi beaucoup plus complexe, voire impossible, la mise en place de protocoles de coopération.

En ce qui concerne la gouvernance hospitalière, si les deux chambres se rejoignent sur les grands principes et sur certaines propositions concrètes, notamment issues du rapport du Pr Claris, des désaccords importants sont apparus sur de nombreux points. Ces divergences concernent en premier lieu la dissociation du statut de directeur des soins et de président de la commission des soins. Cette dissociation, qui n'est pas demandée par les acteurs du terrain – bien au contraire – déstabiliserait la gouvernance et nuirait à l'attractivité des postes de directeur des soins.

Surtout, une divergence importante est apparue au sujet de la nécessaire lutte contre les dérives inquiétantes de l'intérim médical.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a permis de plafonner par voie réglementaire la rémunération des prestations d'intérim. Toutefois, malgré ce signal extrêmement fort, le cadre réglementaire fixé reste très insuffisamment respecté et appliqué.

Il est temps désormais de se montrer le plus ferme possible contre ces pratiques abusives, qui grèvent les finances de petits hôpitaux publics. Il faut pour cela doter les agences régionales de santé (ARS) d'outils dissuasifs. C'est ce que fait l'**article 10** de la présente proposition de loi. Dans ce contexte, la suppression pure et simple par le Sénat de cet article en séance publique constituait à elle seule un motif d'échec de la CMP.

Si elle ne peut qu'en prendre acte, la rapporteure regrette vivement cet échec. Elle aborde cette nouvelle lecture dans un esprit d'ouverture vis-à-vis des propositions du Sénat, sans pour autant renoncer à aucun moment à ce qui fait pour elle l'âme de cette proposition de loi.

\*

\* \*



## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### Exercice en pratique avancée et protocoles de coopération

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

#### **Demande de rapport sur les pratiques avancées et les protocoles de coopération**

Origine de l'article : proposition de loi, modifiée en première lecture par l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale, avec modification

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

● L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi initiale visait à traduire la mesure n° 7 du Ségur de la santé. Il posait le cadre légal d'une nouvelle profession de santé, ses contours devant être précisés ultérieurement par décret, à la suite du rapport de la mission conduite, sur ce sujet, par l'ordre des médecins et l'ordre des infirmiers.

● En commission, l'adoption de deux amendements identiques présentés par la rapporteure ainsi que par M. Jean-Louis Touraine et les membres du groupe La République en Marche a procédé à une rédaction globale de l'article.

La rédaction adoptée prévoyait une demande de rapport au Gouvernement dressant un état des lieux de l'exercice en pratique avancée et des protocoles de coopération et proposant toute mesure permettant de simplifier ces dispositifs, de les améliorer et d'accélérer leur déploiement.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a apporté plusieurs ajustements à la rédaction adoptée en commission :

– pour réduire à six mois au lieu d'un an après la promulgation de la loi le délai de remise de ce rapport (cinq amendements identiques présentés par des députés issus de différents groupes, adoptés avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement) ;

– pour intégrer au périmètre du rapport une réflexion sur les questions de formation et de rémunérations des auxiliaires médicaux en pratique avancée (amendement de M. Jean-Louis Touraine et des membres du groupe La République en Marche, sous-amendé par Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe pour substituer à la

notion d'accès aux « soins » celle d'accès à la « santé », avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement) ;

– pour préciser que ce rapport évalue en outre les besoins et les moyens en matière de réingénierie des formations des auxiliaires médicaux (amendement de Mme Annie Chapelier et des membres du groupe Agir ensemble, adopté avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement) ;

– pour préciser que ce rapport « étudie également la possibilité d'accompagner la délégation de tâches avec un transfert des responsabilités » (amendement présenté par M. Julien Borowczyk, adopté contre les avis défavorables de la commission et du Gouvernement).

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Suivant la position habituelle du Sénat concernant les demandes de rapport et estimant « marginale » la portée de l'article, la commission l'a supprimé, en adoptant les amendements de suppression de son rapporteur et de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

## **3. La position de la commission**

● La rapporteure est parfaitement consciente du fait que la portée de l'article 1<sup>er</sup> adopté en première lecture à l'Assemblée nationale est moindre que celle de l'article qui figurait dans la proposition de loi initiale et qui actait la création d'une profession intermédiaire.

Néanmoins, le rapport demandé au Gouvernement sur les protocoles de coopération et l'exercice en pratique avancée est essentiel pour éclairer la représentation nationale ainsi que l'ensemble des professionnels de santé et nos concitoyens sur les leviers efficaces et pertinents à notre disposition pour améliorer la qualité des soins dispensés et offrir aux professionnels de santé une perspective d'enrichissement de leurs missions.

● La commission a rétabli l'article dans sa rédaction de l'Assemblée nationale tout en étendant, à l'initiative de la rapporteure, le champ du rapport à l'examen des conditions dans lesquelles un accès direct aux soins de masso-kinésothérapie pourrait être opportun.

\*

\* \*

*Article 1<sup>er</sup> bis AA*

**Assimilation des infirmiers anesthésistes aux infirmiers de pratique avancée**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

**1. Les dispositions introduites au Sénat**

Cet article résulte de l'adoption en séance publique, avec l'avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, de quatre amendements identiques de différents groupes (de M. Philippe Mouiller et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Alain Marc et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants – République et Territoires, de Mme Émilienne Poumirol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, ainsi que de Mme Laurence Cohen et des membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste).

Il modifie l'article L. 4301-1 du code de la santé publique relatif à l'exercice en pratique avancée. Il prévoit que peuvent exercer en pratique avancée les détenteurs du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste. L'anesthésie réanimation ne fait aujourd'hui pas partie des domaines concernés par la pratique avancée.

**Le cadre juridique relatif à l'exercice en pratique avancée**

Aujourd'hui, l'exercice en pratique avancée n'est ouvert qu'aux infirmiers ayant trois ans d'expérience professionnelle et diplômés au grade de master (soit après un an de formation dans le cadre d'une validation d'études supérieures soit après deux ans de formation). D'après les données de la direction générale de l'offre de soins, 57 infirmiers de pratique avancée (IPA) ont été diplômés pour la première fois en juillet 2019 ; ils sont à ce jour 549. Trois domaines sont concernés par l'exercice en pratique avancée : les pathologies chroniques stabilisées ; l'oncologie et hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. À noter qu'un nouveau domaine d'intervention – la médecine d'urgence – pourrait être prochainement créé.

Comme l'a bien indiqué le rapporteur au Sénat, l'article 1<sup>er</sup> bis AA vise avant tout à répondre aux inquiétudes des infirmiers et infirmières anesthésistes (Iade). Ces inquiétudes sont liées à l'absence de valorisation de leur spécialisation ainsi qu'au projet de création d'un statut d'infirmier en pratique avancée dans le domaine des urgences, dont les Iade craignent qu'il n'empiète sur leur champ de compétences.

## 2. La position de la commission

- La rapporteure partage le souhait de mieux reconnaître et valoriser les Iade. Ces derniers pourraient d'ailleurs tout à fait s'inscrire dans la nouvelle profession de santé intermédiaire, dont la rapporteure souhaite la création.

Néanmoins, la rapporteure n'est pas convaincue que l'assimilation aux IPA, prévue par l'article 1<sup>er</sup> bis AA, permettra de répondre pleinement aux préoccupations des Iade.

Cette assimilation pose d'ailleurs un certain nombre de difficultés. Alors que les Iade interviennent dans un champ technique très spécifique et sous le contrôle exclusif des médecins anesthésistes, les professionnels en pratique avancée doivent pouvoir se voir confier des missions transversales, comme l'appréciation globale du patient ou la mise en place d'une démarche diagnostique et thérapeutique autonome.

Aussi, compte tenu à la fois de la nécessité de mieux reconnaître les Iade mais également des difficultés posées par l'article 1<sup>er</sup> bis AA, la rapporteure propose le maintien de cet article dans sa rédaction issue du Sénat, dans l'attente d'éléments que pourrait apporter le Gouvernement en séance publique. La rapporteure souhaite que le ministre expose les éventuelles mesures qui seront prises pour revaloriser le statut des Iade et pour faciliter les passerelles entre les Iade et les IPA.

- Dans l'attente d'un débat en séance publique avec le Gouvernement, la commission a maintenu cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

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

### **Coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

## 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article a été inséré en séance publique par l'adoption, avec l'avis favorable de la commission, d'un amendement présenté par Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe (groupe La République en Marche), sous-amendé par le

Gouvernement. Il a pour objectif d'améliorer la coopération au sein de l'éducation nationale en matière de politique sanitaire.

Le 1° de l'article 1<sup>er</sup> *bis* A complète la liste des professionnels chargés de contribuer « en priorité » aux missions de promotion de la santé à l'école : celle-ci est étendue des médecins et infirmiers de l'éducation nationale aux « professionnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée ».

Le 2° de l'article précise que « l'ensemble des personnels de la communauté éducative » participe à la mission de promotion de la santé des élèves.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

En commission, le Sénat a adopté un amendement de suppression de l'article, à l'initiative de son rapporteur, estimant notamment que l'article ne permettait pas de dissiper toutes les inquiétudes quant à l'organisation des acteurs de la santé scolaire.

## **3. La position de la commission**

- La rapporteure est consciente de la portée limitée de cet article, qui ne permettra pas de lever les difficultés liées aux carences en effectifs de médecins, infirmiers ou encore psychologues scolaires dans les écoles, collèges et lycées.

Elle considère néanmoins que cet article permet utilement de rappeler la nécessaire coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale.

La rapporteure a bien noté l'ensemble des inquiétudes des acteurs de terrain mais insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas, à travers cet article, de remettre en question l'important travail de coordination fourni aujourd'hui par certains professionnels, notamment par les infirmiers de l'éducation nationale.

- La commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale, avec modifications

### 1. Les dispositions introduites à l'Assemblée nationale

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de la rapporteure en commission. Il étend aux professionnels exerçant en ville et dans le secteur médico-social la procédure simplifiée d'approbation des protocoles de coopération, prévue pour les professionnels hospitaliers par la loi dite « ASAP »<sup>(1)</sup>.

#### **Le cadre juridique des protocoles de coopération**

Institués par l'article 51 de la loi « HPST »<sup>(1)</sup> du 21 juillet 2009, les protocoles de coopération entre professionnels de santé leur permettent d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. La loi « santé » de juillet 2019<sup>(1)</sup> a distingué deux types de procédures et de protocoles : les « protocoles nationaux » et les « protocoles expérimentaux locaux », laissés à l'initiative des professionnels de santé.

Le dispositif des protocoles expérimentaux locaux a été grandement simplifié par l'article 97 de la loi « ASAP ». Il est désormais possible, après une validation de la commission médicale d'établissement et un simple enregistrement auprès de l'agence régionale de santé (ARS), de mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération au sein des établissements de santé. L'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) n'intervient plus qu'*a posteriori*, pour juger du bien-fondé du déploiement du protocole sur le territoire national.

<sup>(1)</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

● En séance publique, l'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

### 2. Les modifications apportées par le Sénat

● En commission, le Sénat a adopté, à l'initiative de son rapporteur, un amendement de rédaction globale de l'article 1<sup>er</sup> bis :

– l'amendement adopté revient sur la simplification des protocoles de coopération opérée par la loi « ASAP », sans pour autant réellement justifier ce retour en arrière.

---

(1) Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

La rédaction adoptée par le Sénat rétablit les modalités contraignantes d’approbation des protocoles locaux de coopération qui prévalaient avant la promulgation de la loi « ASAP » à savoir une sélection des protocoles de coopération par les agences régionales de santé (ARS) sur la base d’un cahier des charges voire d’un appel à projets, ainsi qu’une autorisation par arrêté du directeur général de l’ARS, après, le cas échéant, un avis conforme de la Haute Autorité de santé (HAS) ;

– l’amendement adopté étend quelque peu – par rapport à la rédaction adoptée en première lecture à l’Assemblée nationale – le périmètre des professionnels de santé pouvant formaliser entre eux des protocoles de coopération.

L’amendement adopté étend la possibilité de conclure des protocoles de coopération à l’ensemble des professionnels exerçant en ville, et non plus seulement à ceux structurés en équipes de soins ou en communautés professionnelles territoriales de santé. Dans le secteur médico-social, l’amendement adopté par le Sénat étend la possibilité de conclure des protocoles de coopération aux services médicaux-sociaux tels que les services intervention aide à domicile (SIAAD), et non plus uniquement aux seuls établissements médico-sociaux ;

● En séance, le Sénat a adopté, avec l’avis défavorable de la commission et du Gouvernement, un amendement de M. Jean-Michel Arnaud et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste prévoyant que les protocoles locaux de coopération doivent avoir pour objectif de renforcer le maillage territorial de l’offre de soins.

### **3. La position de la commission**

● La rapporteure n’est pas favorable à la rédaction de l’article 1<sup>er</sup> *bis* adoptée au Sénat qui consiste, en réalité, à revenir à des modalités d’approbation rigides et contraignantes des protocoles de coopération. De telles modalités ne permettront pas le déploiement sur le terrain des protocoles de coopération, pourtant tant attendu des professionnels de santé.

● La rapporteure souscrit néanmoins à la proposition du Sénat d’ajouter les services médico-sociaux à la liste des acteurs pouvant signer des protocoles de coopération.

● À l’initiative de la rapporteure, la commission a rétabli la rédaction de l’Assemblée nationale, tout en permettant désormais aux services médico-sociaux de conclure des protocoles locaux de coopération.

\*

\* \*

*Article 1<sup>er</sup> ter A*

**Participation de représentants du ministre en charge du handicap au comité national des coopérations interprofessionnelles**

Origine de l'article : introduit au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

**1. Les dispositions adoptées au Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté, avec l'avis favorable du rapporteur, un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain qui modifie la composition du comité national des coopérations interprofessionnelles.

Ce comité, qui réunit actuellement des représentants de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé (HAS), des services ministériels et des agences régionales de santé, est chargé de se prononcer sur le déploiement des protocoles nationaux de coopération entre professionnels de santé. L'article 1<sup>er</sup> *ter* A élargit la composition de ce comité, en prévoyant désormais la présence de représentants du ministre en charge du handicap.

**2. La position de la commission**

- L'article adopté par le Sénat est bienvenu. Il permettra de mieux prendre en compte les enjeux de prise en charge et d'accès aux soins des personnes en situation de handicap dans les protocoles de coopération.

- La commission a adopté cet article sans modification.

\*

\* \*



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

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale  
Sort au Sénat : modifié  
Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

**1. Les dispositions introduites à l'Assemblée nationale**

Cet article a été inséré en commission, avec l'avis favorable de la rapporteure, par l'adoption de deux amendements identiques présentés par Mmes Danielle Brulebois et Aurore Bergé ainsi que d'autres députés du groupe La République en Marche.

Il permet aux sages-femmes de renouveler ou de prolonger des arrêts de travail. Aujourd'hui, en application des articles L. 162-4-4 et R. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, seuls le médecin qui a prescrit l'arrêt de travail initial ou le médecin traitant peuvent, en effet, prescrire la prolongation d'un arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

En commission, le Sénat a adopté, à l'initiative de son rapporteur, un amendement précisant que le renouvellement ou la prolongation de l'arrêt de travail doivent être décidés par la sage-femme prescriptrice de l'arrêt initial.

**3. La position de la commission**

La précision adoptée par le Sénat limite la portée de l'article. La commission a donc rétabli la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

*Article 2 quater*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

**1. Les dispositions introduites à l'Assemblée nationale**

Cet article a été inséré en commission à l'initiative de M. Thomas Mesnier, rapporteur général, et des membres du groupe La République en Marche avec l'avis favorable de la rapporteure.

Il autorise les sages-femmes à prescrire, à la fois pour leurs patientes et leurs partenaires, le dépistage d'infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que certains traitements de ces IST, listés par arrêté.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

● En commission, le Sénat a restreint la portée de cet article. Considérant qu'il n'était pas opportun de confier aux sages-femmes une compétence pleine et entière dans le traitement de certaines IST, la commission a adopté un amendement de son rapporteur autorisant les sages-femmes à prescrire uniquement le dépistage des IST – et non plus leur traitement – et prévoyant l'information du médecin traitant.

● En séance, le Sénat a adopté, avec un double avis défavorable de la commission et du Gouvernement, un amendement de M. Jean-François Longeot (groupe Union Centriste) qui réécrit entièrement l'article 2 *quater*.

Cet article ne porte désormais plus sur les IST mais ouvre beaucoup plus largement le droit de prescription des sages-femmes. Il prévoit que ces dernières peuvent prescrire « tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession ». Pour rappel, si les sages-peuvent aujourd'hui déjà prescrire tous les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession, elles ne peuvent prescrire que les produits de santé (dispositifs médicaux et médicaments) dont la liste est fixée par l'autorité administrative.

**3. La position de la commission**

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

Néanmoins, pour la rapporteure, l'assouplissement du droit de prescription des sages-femmes ne passe pas par une suppression pure et simple du renvoi à des textes réglementaires mais par une actualisation régulière de ces textes. À ce sujet, la rapporteure insiste sur l'importance du travail récemment confié par le Gouvernement à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et aux sociétés savantes. Ce travail devrait aboutir très prochainement à une révision de la liste des produits de santé que les sages-femmes peuvent prescrire.

- La commission a rétabli cet article dans sa rédaction de l'Assemblée nationale.

\*  
\* \*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat Position de la commission : maintien de l'article dans la rédaction du Sénat
---

### **1. Les dispositions introduites au Sénat**

Cet article résulte de l'adoption, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, d'un amendement de Mme Raymonde Poncet Monge et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste – Solidarités et Territoires.

L'amendement adopté permet à toute assurée enceinte de déclarer à son organisme d'assurance maladie le nom d'une sage-femme référente. L'objectif poursuivi par les auteurs est de renforcer le rôle de coordination des sages-femmes pendant la grossesse.

### **2. La position de la commission**

- Pour la rapporteure, le rôle de coordination des sages-femmes dans la prise en charge de la femme au cours de la grossesse est essentiel. Le rapport de la Commission des 1 000 premiers jours <sup>(1)</sup>, remis en septembre dernier par M. Boris Cyrulnik, préconise d'ailleurs la création d'un « référent parcours » pouvant accompagner les femmes « de la grossesse au post-partum ». Cette fonction pourrait notamment être occupée par les sages-femmes.

Le Gouvernement a indiqué en séance au Sénat qu'une expérimentation serait lancée en 2021 dans quelques territoires sur le fondement de l'article 51 de la

---

(1) « Les 1 000 premiers jours, là où tout commence », septembre 2020.

loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 <sup>(1)</sup>, afin de trouver le meilleur moyen pour organiser et structurer le dispositif de « référent parcours ». Dans l'attente d'éléments que le Gouvernement pourrait apporter en séance sur cette expérimentation, il est proposé le maintien de cet article.

- La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 2 quinquies A*

### **Extension du droit de prescription des sages-femmes en matière de produits de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

#### **1. Les dispositions introduites à l'Assemblée nationale**

Cet article est issu de l'adoption en séance publique, avec l'avis favorable de la commission ainsi que du Gouvernement qui l'a sous-amendé, d'un amendement présenté par Mme Aurore Bergé et d'autres députés du groupe La République en Marche. Il vise à assouplir le droit de prescription des sages-femmes au regard de leurs compétences et de la réalité des besoins de prise en charge :

– il supprime l'avis de l'Agence nationale des médicaments et des produits de santé (ANSM) sur les projets de textes réglementaires listant les produits de santé que peuvent prescrire les sages-femmes ;

– il prévoit également la mise à jour de la liste des produits de santé que les sages-femmes peuvent prescrire « après la mise sur le marché d'un nouveau dispositif médical ou médicament nécessaire à l'exercice de la profession de sage-femme », afin d'éviter que cette liste ne devienne obsolète.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

- En commission, le Sénat a adopté un amendement de son rapporteur supprimant la précision selon laquelle les textes d'application doivent tenir compte de l'arrivée sur le marché de nouveaux produits de santé.

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

● En séance, le Sénat n'a pas voté cet article, dans la mesure où l'amendement qu'il venait d'adopter à l'article 2 *quater* <sup>(1)</sup>, étendant le pouvoir de prescription des sages-femmes à tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession, modifiait également l'article L. 4151-4 du code de la santé publique et rendait l'article 2 *quinquies* A sans objet.

### 3. La position de la commission

● La rapporteure considère qu'il est essentiel assouplir le droit de prescription de produits de santé par les sages-femmes, ce que permet de faire, dans une certaine mesure, la rédaction initiale de l'article 2 *quinquies* A.

● La commission a donc rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*  
\* \*

#### *Article 2 quinquies B*

### **Dérogation au parcours de soins lorsqu'un patient est adressé par une sage-femme**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale  
Sort au Sénat : supprimé  
Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

### 1. Les dispositions introduites à l'Assemblée nationale

Cet article a été inséré en séance publique par l'adoption d'un amendement présenté par Mme Aurore Bergé et des députés du groupe La République en Marche, contre l'avis défavorable du Gouvernement et avec un avis de sagesse exprimé, à titre personnel, par la rapporteure.

Cet article permet de déroger à la majoration pour non-respect du parcours de soins dans le cas où un patient est adressé par une sage-femme à un médecin spécialiste, comme, par exemple, un dermatologue ou un ophtalmologue <sup>(2)</sup>.

---

(1) Comme indiqué précédemment, la rapporteure est favorable au rétablissement de l'article 2 *quater* dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, à savoir centrée sur les IST.

(2) Pour rappel, les consultations de gynécologues sont en accès direct.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission a adopté les amendements de suppression du rapporteur et de M. Bernard Bonne (groupe Les Républicains), considérant que cet article était de nature à fragiliser la cohérence du parcours de soins coordonné.

## **3. La position de la commission**

- Bien qu'attachée au rôle pivot du médecin traitant, la rapporteure considère que cet article présente un intérêt pratique certain dans les territoires où il est difficile d'accéder rapidement à un médecin traitant.

- La commission a donc rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*  
\* \*

### *Article 2 quinquies*

## **Extension du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes aux produits de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale, avec modifications

## **1. Les dispositions introduites à l'Assemblée nationale**

Cet article a été introduit en commission à l'initiative de la rapporteure. Il autorise la prescription par les masseurs-kinésithérapeutes de certains médicaments listés par arrêté après avis de l'Académie nationale de médecine. Cette liste pourrait contenir des antalgiques et des anti-inflammatoires.

Pour rappel, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent aujourd'hui prescrire que des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté ainsi que, depuis 2016, des substituts nicotiques.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

En commission, le Sénat a adopté un amendement de rédaction globale de son rapporteur :

– l’amendement adopté supprime la disposition, introduite à l’Assemblée nationale, autorisant les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire des médicaments, et ce au motif que cette possibilité existe d’ores et déjà dans le cadre de protocoles de coopération ;

– l’amendement adopté vise à rendre pleinement effective la compétence confiée aux masseurs-kinésithérapeutes par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016<sup>(1)</sup>. La faculté d’adapter les prescriptions médicales initiales d’actes de masso-kinésithérapie datant de moins d’un an a été accordée à ces professionnels. Un décret devait préciser les modalités de cette disposition mais n’a jamais été pris. L’amendement adopté par le Sénat supprime la référence à ce décret.

### 3. La position de la commission

• La rapporteure souhaite le rétablissement de la disposition adoptée à l’Assemblée nationale. La possibilité, pour les masseurs-kinésithérapeutes, de prescrire des médicaments est très attendue des professionnels de santé concernés.

La rapporteure est également favorable à conserver la disposition adoptée par le Sénat. Cette disposition permettra la pleine entrée en vigueur de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes en matière d’adaptation des prescriptions médicales initiales d’actes de masso-kinésithérapie.

• La commission a donc adopté, à l’initiative de la rapporteure, une nouvelle rédaction de l’article 2 *quinquies* comportant ces deux dispositions.

\*  
\* \*

#### *Article 2 sexies*

### **Possibilité pour les infirmiers et les médecins généralistes de délivrer des autotests VIH**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : suppression de l’article

### 1. Les dispositions introduites au Sénat

Cet article a été introduit en séance par l’adoption, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, d’un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il modifie l’article L. 3121-2-2 du code de la santé publique pour permettre aux infirmiers et médecins généralistes de premier recours de délivrer des dispositifs

---

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

médicaux de diagnostic *in vitro* destinés à réaliser des autotests de détection de maladies infectieuses transmissibles, communément appelés « autotests VIH ».

Pour rappel, trois modalités de dépistage du VIH sont aujourd’hui disponibles en France : le test sérologique Elisa (de quatrième génération), réalisé en laboratoire ; le test rapide d’orientation diagnostique (TROD), qui peut être réalisé par des non-professionnels de santé, sous réserve d’une habilitation spécifique ; et l’autotest, qui donne des résultats pour des expositions datant de plus de trois mois, et, qui comme le TROD, doit être confirmé par une sérologie si le résultat est positif.

Les autotests sont aujourd’hui vendus en pharmacie ou mis à disposition gratuitement dans des structures habilitées, notamment dans les centres gratuits d’information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Les autotests sont un outil récent qui reste peu mobilisé, comme l’indique un récent rapport <sup>(1)</sup> de la Cour des comptes.

## 2. La position de la commission

- L’enjeu soulevé par cet article est majeur. La rapporteure souscrit à la volonté du Sénat de diversifier les acteurs et les relais proposant des tests de dépistage voire même de proposer un dépistage en population générale.

Néanmoins, la rapporteure n’est pas favorable à ce que cet article soit adopté dès maintenant. La question de l’accès au dépistage sera traitée dans le cadre de la prochaine feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle, dont les travaux vont commencer très prochainement, et qui permettra de consulter l’ensemble des acteurs concernés.

- La commission a donc supprimé cet article.

\*

\* \*

---

(1) « La prévention et la prise en charge du VIH », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2019.



Article 2 septies

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : suppression de l'article

**1. Les dispositions introduites au Sénat**

Cet article a été introduit en séance par l'adoption, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, d'un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il crée un nouvel article dans le code de la santé publique pour permettre aux médecins de ville de prescrire le traitement post-exposition (TPE) ou la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH et pour autoriser les pharmaciens à les délivrer sans ordonnance. Comme l'indique l'auteur de l'amendement, l'objectif de l'article est « *de promouvoir une politique visant à multiplier les possibilités d'accès à la PrEP, ainsi qu'aux TPE* ».

Pour rappel, la prévention contre le VIH est désormais diversifiée. Les traitements biomédicaux, à savoir l'usage des antirétroviraux pour bloquer la transmission virale en amont ou en aval d'une infection, jouent un rôle crucial :

– le TPE est une réponse à une exposition au risque. Il est aujourd'hui prescrit et dispensé dans les CeGIDD, les services de consultations spécialisées et dans les services des urgences des établissements de santé ;

– la PrEP consiste en l'administration de deux molécules antirétrovirales en prévention de l'acquisition du VIH chez les personnes non infectées. Elle peut être prescrite par des médecins hospitaliers expérimentés et par les médecins des CeGIDD. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, le traitement peut être renouvelé par tout médecin, en ville ou à l'hôpital, dans le cadre du suivi trimestriel obligatoire.

**2. La position de la commission**

● La rapporteure appelle également de ses vœux un élargissement des lieux de prescription et de dispensation des traitements de prévention biomédicale, au moins des premières prises. Néanmoins, elle n'est pas favorable à conserver cet article dans la mesure où :

– il sera prochainement satisfait en très grande partie. Le Gouvernement a ainsi confirmé à la rapporteure qu'une décision du directeur général de l'ANSM devrait bientôt intervenir pour permettre la promo-prescription de PrEP par les médecins généralistes ;

– certaines dispositions de l’article ne permettent pas un accompagnement médical suffisant du patient, pourtant nécessaire dans les premières prises de ces traitements.

- La commission a donc supprimé cet article.

\*

\* \*

#### Article 2 octies

### Prescription d’aides techniques par les ergothérapeutes

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de l’article

#### 1. Les dispositions introduites au Sénat

Cet article a été introduit en séance au Sénat par l’adoption, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, de six amendements identiques de différents groupes <sup>(1)</sup>.

L’article adopté complète l’article L. 4331-1 du code de la santé publique pour autoriser les ergothérapeutes à prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, à renouveler les prescriptions médicales de certains dispositifs médicaux et aides techniques. La liste de ces dispositifs médicaux et aides techniques sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l’Académie nationale de médecine, dans des conditions définies par décret.

Pour rappel, la prescription des aides techniques est aujourd’hui en grande partie réservée aux médecins <sup>(2)</sup>. Les ergothérapeutes n’ont pas le droit de prescrire des aides techniques inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). À noter néanmoins qu’en décembre 2020, le Gouvernement a lancé un appel à manifestation d’intérêt pour l’élaboration d’un protocole de coopération ouvrant aux ergothérapeutes la possibilité de prescription d’aides techniques.

---

(1) Amendements de M. Philippe Mouiller et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Michel Canevet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, de M. Olivier Henno et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, de Mme Annie Le Houerou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, de Mme Véronique Guilloin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen ainsi que de Mme Jocelyne Guidez et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste.

(2) À noter que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des aides à la marche et la location des fauteuils roulants manuels et les orthoptistes des aides visuelles.

## 2. La position de la commission

● L'article 2 *octies* reprend une préconisation faite par le Dr Philippe Denormandie et par Mme Cécile Chevalier dans leur rapport d'octobre 2020 <sup>(1)</sup>. Il permettra d'améliorer et de fluidifier le parcours de santé des personnes âgées et handicapées.

- La commission a maintenu cet article.

\*

\* \*

### *Article 2 nonies*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modification

## 1. Les dispositions introduites au Sénat

Cet article a été introduit en séance par l'adoption, avec un avis de sagesse de la commission et défavorable du Gouvernement, de deux amendements identiques de Mme Raymonde Poncet Monge et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste – Solidarité et Territoires ainsi que de Mme Élisabeth Doineau et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste.

Il modifie l'article L. 4341-1 du code de la santé publique pour prévoir un accès direct aux orthophonistes. Aujourd'hui, les orthophonistes ne peuvent en effet pratiquer leur art que sur prescription médicale, sauf en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin.

L'article habilite également les orthophonistes à renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an.

## 2. La position de la commission

● La rapporteure partage le souhait de simplifier et de raccourcir les parcours de soin des patients, notamment en orthophonie. Elle est favorable à ce que les orthophonistes puissent renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an.

---

(1) « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable », Dr Philippe Denormandie et Cécile Chevalier, octobre 2020.

Elle est également favorable à ouvrir aujourd'hui l'accès direct en orthophonie, à condition qu'un compte-rendu du bilan effectué par l'orthophoniste soit bien transmis au médecin traitant.

- À l'initiative de la rapporteure, la commission a conservé l'article adopté au Sénat, en ajoutant qu'un décret viendrait préciser les conditions dans lesquelles ce compte-rendu devra être élaboré et transmis au médecin traitant.

\*  
\* \*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat Position de la commission : suppression de l'article
---

### **1. Les dispositions introduites au Sénat**

Cet article a été introduit en séance par l'adoption, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, de deux amendements identiques de Mme Corinne Imbert et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

Il complète l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, relatif aux missions des pharmacies à usage intérieur (PUI), c'est-à-dire des pharmacies qui exercent leur activité au sein d'un établissement de santé ou médico-social. Il ouvre la possibilité pour les PUI d'effectuer certaines vaccinations dont la liste sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS). Pour rappel, aujourd'hui, seuls les pharmaciens d'officine peuvent, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, effectuer des vaccinations, et ce uniquement contre la grippe saisonnière.

### **2. La position de la commission**

- La rapporteure partage le souhait de renforcer la couverture vaccinale tant des professionnels de santé que des résidents des établissements de soins et des établissements médico-sociaux.

Néanmoins, pour la rapporteure, cela ne passe pas nécessairement par un élargissement du champ des professionnels de santé pouvant effectuer des actes de vaccination. Il ne semble en effet pas utile d'ouvrir la vaccination aux pharmaciens

de PUI, compte tenu du nombre de professionnels déjà disponibles dans ces structures pour effectuer des vaccinations.

- La commission a supprimé cet article.

\*

\* \*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de l'article

### **1. Les dispositions introduites au Sénat**

Cet article a été introduit en séance par l'adoption, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, de deux amendements identiques de Mme Corinne Imbert et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

Il modifie l'article L. 6211-23 du code de la santé publique afin d'autoriser les laboratoires d'analyses de biologie médicale à pratiquer certains actes de vaccination. La liste de ces actes de vaccination, ainsi que la liste des critères de compétence des laboratoires et des catégories de personnes habilitées à les effectuer, seront fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

### **2. La position de la commission**

- Pour la rapporteure, il ne paraît pas nécessaire d'ouvrir la vaccination dans les laboratoires d'analyse de biologie médicale, au vu des professionnels déjà disponibles en ambulatoire pour effectuer des actes de vaccination.

- La commission n'a pas adopté l'amendement de suppression de l'article, présenté par la rapporteure. Elle a donc maintenu l'article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

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

*Article 3*

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

Origine de l'article : proposition de loi et modifications rédactionnelles en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : réécriture

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

● L'article 3 de la proposition de loi initiale visait à poser un principe législatif de simplification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers. Cela répondait à un constat récurrent des acteurs de terrain, selon lesquels cette procédure est longue, fastidieuse, excessivement rigide, en particulier pour les recrutements « au statut ». Cette situation conduit à dégrader l'attractivité de l'exercice médical en hôpital public.

La consécration d'un principe législatif de simplification du recrutement, devant permettre de pourvoir les postes vacants « dans les meilleurs délais », a vocation à guider les évolutions réglementaires ultérieures. Ces évolutions résulteront notamment de la consultation entreprise depuis septembre 2020 entre la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les acteurs de terrain sur la procédure de recrutement des praticiens statutaires et des ordonnances qui seront adoptées, en vertu de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS »), pour améliorer l'attractivité de l'exercice à l'hôpital public.

● En séance publique, les amendements adoptés, présentés par la rapporteure et le Gouvernement, étaient essentiellement de portée rédactionnelle, et de coordination juridique.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a réécrit l'article 3 en commission, en adoptant un amendement du rapporteur qui restreint cet objectif de simplification au recrutement « dans les meilleurs délais » des seuls praticiens hospitaliers statutaires, « sous réserve de ce statut ».

### 3. La position de la commission

- La rapporteure ne voit pas quelles raisons justifient l'amointrissement de ce principe de simplification et de réactivité des recrutements. Il répond à un besoin urgent et général pour les recrutements médicaux à l'hôpital public, nullement circonscrit au recrutement des praticiens hospitaliers statutaires, même s'il est vrai qu'il s'agit là d'un chantier prioritaire.

En outre, la volonté de recruter « dans les meilleurs délais » restera un vœu pieux si aucun effort de simplification des procédures de recrutement n'est mené à bien au niveau réglementaire. Or, cet objectif a disparu dans la nouvelle rédaction adoptée par le Sénat.

- La commission a ainsi voté le rétablissement de l'article adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, en adoptant un amendement présenté en ce sens par la rapporteure.

\*  
\* \*

#### *Article 4*

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

Origine de l'article : proposition de loi modifiée en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : réécriture

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

- L'article 4 de la proposition de loi initiale ouvrait une expérimentation destinée à progresser dans l'intégration des ressources humaines médicales au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT), étape indispensable pour la mise en cohérence de l'offre de soins à cette échelle. À cette fin, il prévoyait que le directeur de l'établissement support du GHT pouvait, pendant trois ans, décider de la création d'un poste médical au sein de tout établissement partie à ce GHT, sur proposition du directeur et de la commission médicale de l'établissement concerné, après avis de la commission médicale du groupement.

- En commission, un amendement de la rapporteure avait été adopté pour supprimer l'idée que le directeur de l'établissement support décidait « seul » : en effet, cette décision ne pouvait être que le fruit d'une concertation entre la communauté médicale et la direction de l'établissement support et de

l'établissement partie. Par ailleurs, la possibilité pour le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de s'opposer à la création de poste décidée a été supprimée par l'adoption d'un amendement du groupe La République en Marche. Au cours des auditions, il était apparu que ce pouvoir d'opposition était très artificiel, et pouvait conduire à placer le directeur général d'ARS en position d'arbitre dans les conflits internes aux GHT.

- En séance publique, des amendements identiques de MM. Bernard Perrut et Jean-Louis Touraine ont précisé que l'avis de la commission médicale du groupement sur la création de poste envisagée évalue la conformité de cette création avec le projet médical partagé du groupement.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a réécrit l'article 4 en le transformant complètement sur le fond, par l'adoption d'un amendement du rapporteur lors de l'examen en commission. Cet article vise désormais à rendre obligatoires les projets territoriaux de santé (PTS) instaurés par l'article 22 de la loi « OTSS »<sup>(1)</sup>. Ces projets territoriaux ont vocation à améliorer la coordination entre les acteurs publics et privés de santé d'un territoire : établissements et services de santé, sociaux ou médico-sociaux ; et professionnels de santé regroupés au sein des communautés professionnelles de territoire (CPTS).

La mention des groupements hospitaliers de territoire n'est conservée que pour ouvrir la possibilité aux acteurs privés de santé de participer au comité stratégique de ces derniers, dans l'idée d'améliorer la coordination entre l'offre de santé publique et privée.

## **3. La position de la commission**

- La rapporteure est opposée à la suppression de l'article 4 dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture. Cet article permet une expérimentation qui peut être intéressante pour progresser dans la voie de l'intégration, au sein des GHT qui ont atteint la maturité nécessaire.

Cette expérimentation n'est évidemment nullement contraignante, et ne présente aucun risque d'intégration forcée et de dépossession de la décision pour les acteurs locaux, singulièrement pour les communautés médicales : en effet, cette expérimentation ne pourra fructifier que sur une proposition émanant de la communauté médicale et du directeur de l'établissement concerné. Il serait donc dommage de vouloir se priver de cette possibilité d'avancer, lorsque les acteurs sont volontaires.

- Par ailleurs, la rapporteure est opposée au fait de rendre obligatoires les PTS, comme le veut le Sénat. Elle partage l'idée qu'il est nécessaire d'incorporer

---

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.



les professionnels de santé privés dans la coordination des soins à l'échelle du territoire. Néanmoins, l'imposition des PTS ne semble pas être la voie adaptée pour y parvenir. Ces PTS ne peuvent aboutir que lorsqu'il existe déjà un certain niveau de coordination entre ces différents acteurs.

- Enfin, la rapporteure estime que ce n'est pas une bonne idée d'associer les acteurs de santé privés au comité stratégique des GHT. En effet, le comité stratégique est, en vertu de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, « *chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention [constitutive du groupement] et du projet médical partagé* ». Son objet est donc bien interne au GHT, et nullement en rapport avec la coordination des soins public/privé au sein du territoire de santé.

- La commission a ainsi adopté un amendement de la rapporteure portant rétablissement de l'article adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, avec une simple modification rédactionnelle.

\*

\* \*

#### *Article 4 bis*

### **Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé**

Origine de l'article : amendements adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : suppression

Position de la commission : maintien de la suppression

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

- Introduit en commission par l'adoption des deux amendements identiques de M. Sylvain Maillard et de Mme Annie Vidal, sur l'avis favorable de la rapporteure, l'article 4 *bis* vise à fournir un cadre juridique à l'intervention individuelle des bénévoles – hors cadre associatif – au sein des établissements publics de santé, afin de sécuriser et d'encourager ces initiatives qui ont connu un nouvel essor avec la crise sanitaire.

- En séance publique, cet article a été adopté sans modification.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

- Le Sénat a supprimé cet article en commission, sur l'avis favorable du rapporteur. Cette suppression a été motivée par deux craintes, exprimées lors des débats : que l'emploi de bénévoles à titre individuel ne pose des problèmes sur le plan de la responsabilité juridique ; et qu'il ne soit pas possible de garantir une formation adaptée des bénévoles intervenant à ce titre. Les sénateurs ont souhaité

s'en tenir aux interventions de bénévoles dans le cadre associatif, qui leur a semblé comporter davantage de garanties.

- En séance publique, M. Dominique Théophile et ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants ont présenté un amendement visant à rétablir l'article 4 *bis* avec de nouvelles garanties destinées à prendre en compte les craintes exprimées en commission. Cet amendement a reçu un avis favorable du Gouvernement, mais il a été rejeté, la majorité redisant vouloir privilégier le seul bénévolat associatif, à l'exclusion du bénévolat individuel.

### 3. La position de la commission

- La rapporteure est sensible aux réserves exprimées lors des débats au Sénat, quant à la difficulté d'encadrer suffisamment ces interventions à titre individuel.

- La commission a ainsi maintenu la suppression de l'article 4 *bis*.

\*

\* \*

#### *Article 4 ter*

### **Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé**

Origine de l'article : amendements adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

- Avec l'avis favorable de la rapporteure, la commission a adopté deux amendements de MM. Sylvain Maillard et Marc Delatte ainsi que des membres du groupe La République en Marche, visant à encadrer l'intervention de praticiens à titre bénévole au sein des établissements publics de santé.

- En séance publique, cet article a été modifié par un amendement de coordination de la rapporteure.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

- Cet article a été adopté sans modification par le Sénat en commission.

- En séance publique, un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain a été adopté ; il précise que le recrutement de praticiens bénévoles ne peut se substituer au recrutement de titulaires sur les postes laissés vacants.

### 3. La position de la commission

- La rapporteure partage le souci de ne pas pénaliser le recrutement de praticiens titulaires au sein des hôpitaux, sans faire obstacle aux initiatives individuelles de praticiens bénévoles, lesquelles peuvent apporter un soutien complémentaire précieux pour ces établissements et leurs patients.

- La commission a ainsi maintenu l'article adopté par le Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 4 quater A*

### **Assurer l'entrée en vigueur des dispositions légales relatives à la clause de non-concurrence des praticiens hospitaliers**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat

Position de la commission : suppression

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Avec l'avis favorable du rapporteur, le Sénat a adopté en séance publique un amendement de M. Jean-Marie Vanlerenberghe et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, qui prévoit que la clause de non-concurrence des praticiens hospitaliers, énoncée à l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique et instaurée par la loi « OTSS » <sup>(1)</sup>, s'applique à compter du lendemain de la publication du décret en Conseil d'État mentionné au dernier alinéa du même article, et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2021.

Ce nouvel article vise ainsi à accélérer l'adoption des mesures réglementaires nécessaires à la mise en application de l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique. Cet article prévoit que des praticiens hospitaliers peuvent se voir interdire l'exercice au sein de structures entrant directement en concurrence avec les activités de l'hôpital public, dans les deux ans suivant leur départ de l'hôpital et dans un rayon maximal de 10 kilomètres autour de ce dernier.

### 2. La position de la commission

- Le Gouvernement a donné un avis défavorable à cet amendement lors de l'examen en séance publique au Sénat, expliquant que les mesures d'application de l'article L. 6152-5-1 figureraient dans l'ordonnance visant à réviser le statut de praticien hospitalier, laquelle sera publiée par le Gouvernement au cours de l'été 2021, en vertu de l'habilitation votée dans le cadre de la loi « OTSS ».

---

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Dès lors, il n'apparaît pas nécessaire de prévoir un nouveau délai législatif de mise en application de ces mesures.

- La commission a ainsi adopté un amendement de la rapporteure portant suppression de l'article adopté par le Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 4 quater*

### **Lutte contre le cumul irrégulier d'activités par les agents des établissements publics de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : rétablissement de l'article avec modifications

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

- Avec l'avis favorable de la rapporteure, la commission a adopté un amendement de M. Sylvain Maillard et des membres du groupe La République en Marche, visant à mettre les hôpitaux en capacité d'assurer le respect de la réglementation relative au cumul d'activités pour les agents de la fonction publique, dans un souci de sécurité pour les patients.

À cette fin, le nouvel article 4 *quater* autorise la consultation, par les établissements publics employeurs, du fichier national de déclaration à l'embauche, sous le contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Cette faculté doit permettre aux établissements de mieux détecter les situations de cumul irrégulier, actuellement découvertes uniquement de manière fortuite.

- En séance publique, cet article a été modifié par un amendement de coordination de la rapporteure.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Au Sénat, cet article a été supprimé en commission par l'adoption d'un amendement du rapporteur. La commission a estimé que l'article 4 *quater* posait :

- un problème de constitutionnalité, au regard du droit à la protection de la vie privée des agents ;

- un problème d'opérabilité, car il ne permettrait pas de contrôler les situations de cumul illégal d'activités des praticiens hospitaliers ;

– un problème d’opportunité, car il serait contraire à l’esprit du Ségur de la santé, dont l’objectif est plutôt de faciliter les passerelles entre public et privé.

### 3. La position de la commission

- La rapporteure a obtenu du Gouvernement des précisions de nature à répondre aux inquiétudes exprimées par le Sénat en première lecture.

En premier lieu, elle s’est assurée de l’opérabilité du dispositif proposé au regard de l’objectif visé. D’après le Gouvernement, il s’agit de répondre à un reproche régulièrement formulé par les chambres régionales des comptes aux établissements publics de santé lors des contrôles de gestion : ceux-ci n’ont aucun levier pour s’assurer du non-cumul d’emploi par leurs personnels, alors que deux cas de cumul récurrents sont rapportés : les personnels se mettant en arrêt maladie pour travailler dans une autre structure de soins ; et les médecins ou personnels paramédicaux qui font de l’intérim en parallèle de leur emploi.

L’article 4 *quater* fournirait ainsi un levier efficace pour empêcher ces deux types de dérives, lesquelles ne sauraient être cautionnées au motif que l’on cherche à fluidifier les passerelles entre le public et le privé – si l’on se réfère à l’argumentaire du Sénat.

La rapporteure s’est également assurée que l’article 4 *quater* était entouré de garanties suffisantes pour prévenir toute entorse au droit à la vie privée. En pratique, la consultation du fichier se limiterait, pour un établissement de santé, à ses seuls employés, ce qui ne constituerait pas une entorse à leur droit à la vie privée, dans la mesure où ceux-ci sont déjà tenus de signaler leurs activités annexes. Le Gouvernement précise qu’en termes de circuit, c’est l’hôpital qui adressera le fichier avec les noms de ses employés à l’Urssaf, qui lui retournera un fichier « sur mesure » lui permettant de vérifier les potentiels doubles employeurs non déclarés.

Enfin, d’après les informations communiquées à la rapporteure, l’habilitation de « l’établissement de santé » à consulter ce fichier est dévolue par principe au directeur de l’établissement, et par délégation ses directeurs adjoints, essentiellement son directeur des ressources humaines non médicales et son directeur des ressources humaines médicales, sans qu’il soit nécessaire d’apporter cette précision dans le texte de loi.

- Au bénéfice de ces observations, la rapporteure a donné un avis favorable à un amendement de Mme Annie Vidal et des membres du groupe La République en Marche portant rétablissement de l’article 4 *quater*. La commission a adopté cet amendement, tel que sous-amendé par la rapporteure, afin de préciser l’autorité habilitée, au sein des établissements publics de santé, à consulter le fichier national de déclaration à l’embauche.

\*

\* \*

*Article 4 quinquies*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat a adopté en séance publique un amendement de M. Bernard Bonne et plusieurs de ses collègues visant à permettre aux praticiens salariés des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) d'exercer, au sein de ces établissements, une activité libérale avec dépassements d'honoraires, à l'image de la possibilité offerte aux praticiens hospitaliers.

Au terme d'une négociation avec le Gouvernement, cet amendement avait été rectifié pour limiter le bénéfice de cette mesure aux praticiens recrutés avant le 24 juillet 2019. Le Gouvernement a donc apporté son soutien à cet amendement, de même que le rapporteur de la commission. Deux autres amendements identiques, ne prévoyant pas cette limitation temporelle, ont en revanche été rejetés.

**2. La position de la commission**

● La rapporteure estime que l'article 4 *quinquies* voté par le Sénat porte sur un sujet complexe, dont il convient de bien examiner tous les aspects. Il est certes nécessaire de prendre en compte la situation des praticiens exerçant en ESPIC, lesquels contribuent au service public, en restant toutefois très vigilant à ne pas dégrader encore l'attractivité relative de l'hôpital public.

En se montrant favorable à l'article 4 *quinquies* lors de son adoption au Sénat, le Gouvernement a montré sa volonté de progresser sur cette question. Les récentes annonces du Premier ministre, M. Jean Castex, évoquant une revalorisation des salaires des praticiens salariés des ESPIC, vont dans le même sens.

● La rapporteure donc encouragé les auteurs d'amendements visant à étendre la portée de l'article 4 *quinquies*, Mme Annie Vidal et M. Thibault Bazin, à les retirer, afin de poursuivre le débat en présence du Gouvernement lors de l'examen en séance publique de la proposition de loi en nouvelle lecture.

La commission a ainsi maintenu l'article 4 *quinquies* dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

## CHAPITRE IV

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

#### *Article 5*

#### **Revalorisation de la place du service et du rôle du chef de service**

Origine de l'article : proposition de loi initiale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications

#### **1. Les dispositions adoptées à l'Assemblée**

● L'article 5 propose de refonder la gouvernance médicale des établissements publics de santé. Alors que le code de la santé publique ne prévoit aujourd'hui que l'organisation de ces derniers en pôles d'activités, cet article revalorise le rôle du service hospitalier, qu'il consacre comme échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins et d'encadrement. Il revalorise également, par voie de conséquence, le rôle du chef de service.

● Dans sa version initiale, le présent article précisait à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique qu'au sein des pôles, les services constituent l'échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement des équipes, des internes et des étudiants en santé et de qualité de vie au travail.

● En commission, cet article a fait l'objet d'un amendement de rédaction globale de la rapporteure, sous-amendé par MM. Jean-Louis Touraine, Thomas Mesnier, rapporteur général, Didier Martin et Mme Annie Chapelier, avec l'avis favorable de la rapporteure sur chacun de ces sous-amendements.

Cette nouvelle rédaction a permis de préciser le rôle du chef de service dans un article à part, le nouvel article L. 6146-1-1 du code de la santé publique, distinct de l'article L. 6146-1 relatif à l'organisation en pôles.

Ce nouvel article précise notamment la procédure de nomination du chef de service, qui sera nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de commission médicale d'établissement (CME), prise après avis du chef de pôle et à l'issue d'une concertation des personnels affectés dans le service.

Il inscrit également dans la loi le principe d'une collaboration étroite du chef de service avec le cadre de santé.

Enfin, il précise les modalités de l'association du chef de service et du cadre de santé à la politique médicale de l'établissement (association au projet d'établissement et au projet de management issu de l'article 11), ainsi que les modalités

de l'association du chef de service par le chef de pôle. Il prévoit la possibilité pour celui-ci de lui déléguer sa signature pour la mise en œuvre du contrat de pôle.

- En séance publique, cet article n'a fait l'objet que de modifications d'ordre rédactionnel.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le rapporteur du Sénat s'est dit « *très favorable à l'intention de l'article 5 qui, particulièrement après les modifications apportées par l'Assemblée nationale, clarifie le rôle du chef de service dans le sens souhaité par la grande majorité des praticiens hospitaliers* ». La rapporteure se félicite de cette convergence de vue sur les grands principes de l'article.

En commission, trois amendements du rapporteur sont toutefois venus profondément modifier l'équilibre de cet article.

- Tout d'abord, le Sénat a souhaité que cet article envoie un signal en faveur de la poursuite de la délégation de gestion aux pôles.

Le texte adopté par le Sénat modifie ainsi les dispositions de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique relatives au contrat de pôle, en disposant que ce contrat prévoit systématiquement les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle pour la gestion des ressources humaines du pôle ainsi que l'engagement de dépenses de fonctionnement et d'investissement, dans des limites qui seraient fixées par arrêté ministériel. Les termes de ce contrat seraient discutés « *en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé* ».

Aux côtés de cette délégation de gestion renforcée au sein même d'un établissement, il prévoit de rendre obligatoire la création de pôles d'activités inter-établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire, là où il ne s'agit aujourd'hui que d'une possibilité. Il modifie pour cela le II de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique.

- Le Sénat est également venu préciser la compétence du chef de service par rapport à celle du chef de pôle. Alors que le texte adopté par l'Assemblée nationale prévoyait que le chef de service « participe » à la concertation interne, le Sénat a précisé qu'il est bien chargé de l'organisation de cette dernière.

Le chef de pôle serait quant à lui chargé de favoriser la concertation interne entre les services, départements, unités et structures qui composent le pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, qui est dans le même temps élevé au niveau législatif.

- Un amendement du rapporteur a également prévu l'association systématique du chef de service au projet médical partagé élaboré dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT).



- Le Sénat est également considérablement revenu sur les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en ce qui concerne la nomination du chef de service :

- en prévoyant qu'en cas de désaccord entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur d'établissement, la décision revient en dernier lieu à ce dernier ;

- en supprimant la disposition selon laquelle la nomination du chef de service doit être précédée par la concertation des personnels affectés dans ce service, considérant que cette disposition ne servirait que de « *vernis démocratique à la désignation d'une autorité fonctionnelle* » et « *alourdirait la procédure et donnerait un poids non justifié aux personnels du service affectés de façon temporaire* » ;

- en précisant que dans les centres hospitaliers et universitaires, les chefs de service sont nommés par décision conjointe non seulement du directeur et du président de la CME mais également du directeur de composante ou d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique (amendement de M. Jean-François Longeot et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté en séance publique avec l'avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement).

En séance, le Sénat a également adopté deux amendements de cohérence rédactionnelle du rapporteur, dont un supprimant la mention du projet de management prévu par l'article 11, supprimé en commission.

### **3. La position de la commission**

- La rapporteure est défavorable à la grande majorité des nombreuses dispositions ajoutées par le Sénat à cet article 5.

Le point de blocage majeur concerne la procédure de nomination des chefs de service. En effet, donner le dernier mot aux directeurs d'établissement bouleverserait la logique de cet article, qui souhaite mettre au même niveau le directeur et le président de la CME dans cette prise de décision.

Par ailleurs, systématiser la délégation de signature au chef de pôle et la création de pôles inter-établissements ne s'inscrit pas dans l'objectif de souplesse et d'adaptation aux différentes situations des établissements qui guide la présente proposition de loi. Si elle est loin d'être défavorable à de telles délégations de compétence aux pôles, la rapporteure ne souhaite pas qu'elles soient imposées par la loi à chaque établissement.

Enfin, en ce qui concerne l'association systématique du chef de service au projet médical partagé des GHT, celle-ci semble illusoire et déconnectée de la réalité du terrain, au vu du nombre d'acteurs potentiellement concernés.

● À l’initiative de la rapporteure, la commission a donc rétabli la version de cet article dans sa rédaction issue de l’Assemblée nationale, à l’exception d’éléments rédactionnels et des dispositions précisant le rôle du chef de service et du chef de pôle dans l’organisation de la concertation interne.

\*

\* \*

#### *Article 5 bis A*

### **Affirmation du rôle de la commission médicale d’établissement dans la pertinence des soins**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

#### **1. Les dispositions adoptées au Sénat**

Cet article résulte de l’adoption en séance publique de deux amendements identiques de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Claude Kern et plusieurs de leurs collègues du groupe Union centriste, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Aux termes de la rédaction actuelle de l’article L. 6144-1 du code de la santé publique, la commission médicale d’établissement est aujourd’hui uniquement associée à l’élaboration de la politique d’amélioration continue « *de la qualité et de la sécurité des soins* ».

Le présent article 5 bis A y ajoute la pertinence des soins.

#### **2. La position de la commission**

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

*Article 5 bis*

**Définition du projet médical**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications

**1. Les dispositions adoptées à l'Assemblée**

Alors que le code de la santé publique détaille aujourd'hui le contenu du projet social d'établissement, il est paradoxalement très peu disert sur le contenu du projet médical, à l'exception d'une rapide mention de ce dernier à l'article L. 6143-2-2, qui prévoit que ce projet doit comprendre un volet « activité palliative », qui identifie les pôles ou structures internes de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

Un amendement de la rapporteure, adopté en séance publique avec l'avis favorable du Gouvernement, est venu remédier à cette omission en modifiant cet article L. 6143-2-2. Cet amendement dispose que le projet médical de l'établissement :

– définit les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins en tenant compte des besoins de la population ;

– définit les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients ;

– définit l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, notamment ceux exerçant au sein d'équipes de soins primaires ou de communautés professionnelles territoriales de santé ;

– en ce qui concerne les centres hospitaliers universitaires (CHU), définit l'articulation avec les objectifs stratégiques en matière de recherche.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

● La commission, à l'initiative de son rapporteur, a profondément modifié cet article, en faisant figurer aux côtés du projet médical d'établissement le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ainsi, les deux projets auraient la charge, chacun dans les domaines qui les concernent, de définir les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population.

● Surtout, alors que l'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique attribue actuellement au directeur d'établissement et au président de la commission

médicale d'établissement (CME), conjointement, le rôle d'élaborer le projet médical d'établissement, le rapport du Pr Olivier Claris suggère d' « *affirmer la place centrale de la CME pour préparer et définir le projet médical* ».

Les dispositions adoptées par le Sénat reprennent cette proposition, et prévoient ainsi, au sein de l'article L. 6143-2-2 précité, que le projet médical sera élaboré, en étroite association avec le directeur d'établissement, par les membres de la CME eux-mêmes.

Par symétrie, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sera élaboré, en étroite association avec le directeur d'établissement, par les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Chacune des commissions devra recueillir, pour le projet dont elle est chargée, l'avis de l'autre.

Ces projets seront ensuite soumis au directoire par le directeur d'établissement et le président de la commission concernée. Après délibération, le directoire pourra demander au directeur d'établissement et au président de la commission concernée de renvoyer le projet à la commission concernée afin de le compléter et de l'amender sous un délai d'un mois. Elle adoptera ensuite un projet final, que le directeur d'établissement et le président de ladite commission soumettront pour approbation définitive au directoire.

Par cohérence, les dispositions adoptées au Sénat modifient également les articles L. 6143-7-3 et L. 6143-7-4 du code de la santé publique, relatifs au rôle du président de la CME et au rôle du directoire dans l'élaboration et l'approbation du projet médical.

- Enfin, la commission a adopté un amendement précisant que le contenu du projet médical doit être conçu en cohérence avec le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire auquel l'établissement appartient.

- En séance, le Sénat a adopté deux amendements de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec l'avis favorable du rapporteur et défavorable du Gouvernement, précisant que le projet médical doit tenir compte des personnes en situation de handicap et que les besoins de santé auxquels ce projet doit répondre doivent être « *régulièrement évalués afin d'y adapter l'offre de soins* ».

### **3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, hormis, à l'initiative de la rapporteure, d'ajustements rédactionnels et de la suppression des deux amendements adoptés en séance publique au Sénat, qui apparaissent superfétatoires.

\*

\* \*

*Article 6*

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

Origine de l'article : proposition de loi initiale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications

**1. Les dispositions adoptées à l'Assemblée**

L'article 6 propose de regrouper, de manière optionnelle, la commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Cette possibilité, qui sera réservée aux établissements volontaires, est directement inspirée des recommandations du rapport Notat remis dans le cadre du Ségur de la santé.

En commission, un amendement de la rapporteure a permis de transformer l'expérimentation prévue par la version initiale de la proposition de loi en un droit d'option ouvert aux établissements publics de santé volontaires, plus conforme à l'esprit de cet article.

Par ailleurs, cet amendement est venu préciser :

– les conditions dans lesquelles une telle fusion peut avoir lieu. Il propose ainsi que cette fusion soit décidée par le directeur de l'établissement sur proposition conjointe des présidents de la CME et de la CSIRMT, après avis conforme de ces deux commissions ;

– les modalités de dissolution de cette commission médico-soignante ;

– les modalités de détermination de sa composition et de ses compétences.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le Sénat a adopté en commission deux amendements de son rapporteur.

Le premier précise que la décision de dissolution de la commission médico-soignante par le directeur est de droit si elle émane d'une majorité d'un des deux corps représentés, ce que la rédaction issue de l'Assemblée sous-entendait mais ne prévoyait pas explicitement.

Le second change considérablement l'équilibre du présent article, et même du présent projet de loi.

En effet, il prévoit :

– l’inscription de la CSIRMT au rang des organes représentatifs de l’établissement public de santé ;

– l’élection de son président par ses membres (et, en conséquence, l’élection du vice-président en cas de constitution d’une commission médico-soignante). Contrairement à ce que prévoit aujourd’hui l’article L. 6146-9 du code de la santé publique, la CSIRMT ne serait donc plus présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, autrement dit le directeur des soins. Ce dernier devrait travailler « en étroite collaboration » avec le nouveau président élu de la CSIRMT.

De la même manière que l’article 5 *bis* tel qu’adopté par le Sénat établit une symétrie au sein du même article entre le projet médical d’établissement et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, cet amendement introduit une symétrie entre CME et CSIRMT, en modifiant les articles L. 6144-1 et L. 6144-2 du code de la santé publique relatifs aux missions de la CME afin d’y faire figurer également le rôle de la CSIRMT, désormais élevée au rang d’un organe représentatif.

Alors que l’article L. 6146-9 prévoit aujourd’hui que la CSIRMT est composée « *des différentes catégories de personnels de soins* », l’article tel qu’adopté par le Sénat prévoit qu’elle est composée « *de représentants des cadres de santé, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des aides-soignants* ».

Il prévoit également l’association directe des CSIRMT au projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire (GHT), en modifiant les dispositions de l’article L. 6132-2 du code de la santé publique relatives aux conventions constitutives des GHT.

### **3. La position de la commission**

La dissociation du rôle de directeur des soins et de président de CSIRMT suscite depuis l’adoption de la proposition de loi par le Sénat la vive opposition des acteurs de terrain, et notamment des conférences nationales des directeurs de centres hospitaliers, des associations de directeurs d’hôpital et de directeurs de soins et de plusieurs syndicats.

L’élection du président de la CSIRMT modifierait profondément la nature de cette dernière, apporterait de la confusion entre le rôle de celle-ci et le rôle du comité technique d’établissement et affaiblirait le rôle du directeur des soins, qui doit au contraire être revalorisé.

À l’initiative de la rapporteure, la commission a donc supprimé ces dispositions, ainsi que celles faisant de la CSIRMT un organe représentatif.

\*

\* \*

*Article 6 bis*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modification

**1. Les dispositions adoptées à l'Assemblée**

L'article 6 *bis* est issu de l'adoption d'un amendement présenté par la rapporteure en séance publique, avec l'avis favorable du Gouvernement.

Il s'inscrit dans l'esprit du renforcement de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) préconisée par le Ségur de la santé.

Il modifie ainsi l'article L. 6143-7 du code de la santé publique afin de prévoir que le programme d'investissement, en ce qui concerne les équipements médicaux, doit non seulement être précédé de l'avis de la commission médicale d'établissement (CME) mais également de celui de la CSIRMT.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission, à l'initiative de son rapporteur, a complété le présent article afin d'étendre cette compétence de la CSIRMT à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

L'article adopté prévoit ainsi, en ce qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, que :

– comme le président de la CME, le président de la CSIRMT décide de cette politique ;

– l'avis des deux commissions mentionnées soit recueilli en amont.

**3. La position de la commission**

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, moyennant un amendement rédactionnel de la rapporteure.

\*

\* \*

*Article 7 bis A*

**Pondération des voix au sein des organes et instances des groupements hospitaliers de territoire**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : suppression

**1. Les dispositions adoptées au Sénat**

Cet article résulte de l'adoption en séance publique au Sénat d'un amendement de M. Patrice Joly et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec l'avis de sagesse de la commission des affaires sociales et l'avis défavorable du Gouvernement.

Alors que la règle qui prévaut aujourd'hui au sein des organes et instances des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est celle de la liberté d'organisation de chaque groupement par le biais de sa convention constitutive et de son règlement intérieur, le présent article propose de faire prévaloir une règle de « une voix par membre ayant voix délibérative ». Ce principe concernerait le comité stratégique, le comité territorial des élus locaux, le comité des usagers ou la commission des usagers du groupement et la conférence territoriale de dialogue social.

**2. La position de la commission**

À l'initiative de la rapporteure et de Jean-Louis Touraine, la commission a supprimé cet article, considérant que chaque GHT doit pouvoir organiser les modalités de prise de décision au sein de ses différents organes et instances internes comme il l'entend.

\*

\* \*

*Article 7 bis B*

**Interopérabilité des systèmes d'information au sein des groupements hospitaliers de territoire**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

**1. Les dispositions adoptées au Sénat**

Cet article résulte de l'adoption en séance publique au Sénat d'un amendement de M. Dominique Théophile et des membres du groupe Rassemblement



des démocrates, progressistes et indépendants, avec l’avis favorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Alors que l’article L. 6132-3 du code de la santé publique prévoit aujourd’hui que l’établissement support de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) assure « *la stratégie, l’optimisation et la gestion commune d’un système d’information hospitalier convergent* », le présent article insère aux côtés de cette notion de convergence celle « d’interopérabilité ».

## 2. La position de la commission

Particulièrement attachée à la question de l’interopérabilité des systèmes d’information en santé et au rôle des GHT en la matière, la rapporteure ne peut qu’être très favorable au maintien de cet article.

La commission a ainsi adopté cet article dans la rédaction issue du Sénat.

\*  
\* \*

### *Article 7 bis* **Création d’un service d’accès aux soins**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture à l’Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l’Assemblée nationale avec modifications

## 1. Les dispositions adoptées à l’Assemblée

L’article 7 *bis* est issu d’un amendement de M. Thomas Mesnier, rapporteur général, adopté en commission avec l’avis favorable de la rapporteure. Il a ensuite fait l’objet d’une réécriture globale lors de l’examen de la proposition de loi en séance publique, par l’adoption d’un amendement du Gouvernement.

- Cet article s’inscrit dans la droite ligne du rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé en décembre 2019 par M. Thomas Mesnier et le Pr Pierre Carli.

Ce rapport propose la création d’un service d’accès aux soins non programmés et la mise en place d’un service d’accès aux soins (SAS) accompagné d’un numéro unique « santé ».

En effet, selon ce rapport, « *améliorer la gestion de l’amont des urgences implique de renforcer et mieux structurer la régulation médicale* ».

Il appelle à « offrir à chacun un service simple et lisible pour accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui fournira un conseil, une téléconsultation, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou, lorsque cela s'avère nécessaire, un service d'urgence ». Il invite ainsi à créer, « avec l'ensemble des professionnels concernés (hospitaliers et libéraux), un nouveau service d'accès aux soins (SAS), plateforme téléphonique et en ligne fonctionnant en lien étroit avec les services de secours. Ce SAS intégrerait principalement l'aide médicale urgente et les soins non programmés ambulatoires ».

Il propose la création de deux numéros uniques, l'un dédié au secours et à la sécurité, l'autre dédié à la santé, « allant de l'urgence médicale au conseil médical en passant par toutes les possibilités de réponses aux besoins des patients ».

• Dans sa rédaction issue de l'amendement présenté par le Gouvernement en séance, le présent article modifie l'article L. 6311-2 du code de la santé publique afin de préciser l'articulation entre les unités de service d'aide médicale urgente (SAMU) et le futur SAS, en précisant que les premières participent au second. Il précise également que les centres 15 doivent être portés avec les professionnels de santé du territoire exerçant en établissement de santé et en secteur ambulatoire et « s'organisant pour mettre en œuvre le service d'accès aux soins ».

L'article 7 bis crée en outre un nouvel article L. 6311-3 au sein du code de la santé publique définissant les missions du SAS, dont les modalités plus précises de mise en œuvre sont renvoyées à des dispositions réglementaires.

Le SAS aura ainsi pour mission :

- d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite ;
- de délivrer à celle-ci les conseils adaptés ;
- de faire assurer les soins appropriés à l'état de cette personne, c'est-à-dire de solliciter l'offre de soins appropriée sur le territoire.

Il assurera ainsi une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associera le SAMU et une régulation de médecine ambulatoire, insistant là encore sur la nécessaire coopération ville-hôpital.

Le même article précise que le service d'accès aux soins sera accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire.

Il dispose également que dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et des services d'incendie et de secours. Le rapport du Sénat précise qu'« il est notamment prévu, d'après les précisions apportées par la DGOS, de généraliser l'interconnexion informatique entre les logiciels des SAMU et des SDIS dans le cadre de programmes nationaux en cours ou, dans le cadre des expérimentations du SAS, de définir des protocoles communs d'accès direct aux professionnels de santé entre le SAS et le SDIS ».

## 2. Les modifications apportées par le Sénat

- En commission, le Sénat a adopté quatre amendements.

Un premier amendement du rapporteur a inscrit les nouvelles dispositions relatives au service d'accès aux soins dans un chapitre dédié du code de la santé publique, distinct de celui de l'aide médicale urgente.

Un autre amendement du rapporteur est venu supprimer la mention jugée ambiguë de l'articulation entre centre 15 et service d'accès aux soins, tout en insistant parallèlement sur le fait que le service d'accès aux soins est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé.

Deux amendements du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain sont venus préciser que :

– les soins proposés à la personne prise en charge doivent être « adaptés à ses besoins spécifiques » (avec un avis de sagesse du rapporteur) ;

– le service d'accès aux soins doit établir des horaires de permanence des soins adaptés aux besoins de santé de la population (avec un avis favorable du rapporteur).

● En séance, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement reformulant la disposition adoptée en commission relative à la permanence des soins, afin de ne pas entretenir d'ambiguïté sur le rôle dévolu au service d'accès aux soins dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). L'article ainsi réécrit dispose donc que le service d'accès aux soins assure une régulation « *coordonnée avec les horaires de permanence des soins* ».

Elle a également adopté un amendement de M. Bernard Bonne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains rétablissant les dispositions supprimées en commission relatives à l'articulation entre les centres 15 et le service d'accès au soin, tout en reformulant la rédaction proposée par l'Assemblée nationale.

## 3. La position de la commission

La commission a adopté avec l'avis favorable de la rapporteure quatre amendements de M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rétablissant le texte de l'Assemblée nationale, à l'exception d'ajustements rédactionnels.

\*

\* \*

Article 8

**Droit d’option des établissements publics de santé en matière de modalités d’organisation interne et de gouvernance**

Origine de l’article : proposition de loi initiale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l’Assemblée nationale avec modifications

**1. Les dispositions adoptées à l’Assemblée**

● Le rapport du Pr Olivier Claris remis en juin 2020 au ministre des solidarités et de la santé puis celui remis par Mme Nicole Notat dans le cadre du Ségur de la santé ont chacun conclu à la nécessité d’une plus grande souplesse pour adapter la gouvernance des établissements publics de santé aux problématiques propres à chacun d’entre eux.

Le rapport Notat a notamment proposé de « *permettre de considérer l’organisation en pôle et l’installation d’un directoire comme optionnelles, fondées sur une logique de projet médico-soignant, d’organisation de filières ou de recherche* », proposition reprise par les conclusions du Ségur de la santé (mesure 18).

Le présent article donne une traduction concrète à cette proposition, en créant un régime optionnel largement dérogatoire en matière de gouvernance.

● En commission, par le biais d’un amendement de rédaction globale, la rapporteure est venue préciser cet article.

Cet amendement a notamment précisé que le champ de cette dérogation était restreint à l’organisation en pôles et en services.

Il a également précisé les modalités de mise en œuvre de ce droit d’option, qui sera décidé de manière conjointe :

– par le directeur et le président de la commission médicale d’établissement (CME) ;

– après avis conforme de la CME et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et l’avis du comité technique d’établissement (CTE).

Cette nouvelle rédaction précise également que dans ce cadre dérogatoire, le directeur et le président de la CME nomment conjointement les responsables des nouvelles structures médicales et médico-techniques, après avis de la CME seule. Le directeur prévoit par ailleurs, après avis de la CME et du CTE, les modalités de participation et d’expression des personnels au fonctionnement de ces structures.

Cette nouvelle rédaction supprime également, à l'article L. 6146-1, pour tous les établissements y compris ceux ne faisant pas le choix d'une organisation dérogatoire, les seuils prévus par le droit actuel qui définissent le nombre d'agents en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle.

- En séance publique, un amendement du Gouvernement ayant reçu un avis favorable de la rapporteure a complété l'article en prévoyant, par l'introduction d'un chapitre supplémentaire au code de la santé publique, la possibilité d'élargir l'organisation dérogatoire à toute disposition relative à la gouvernance de l'établissement qui viserait le directoire, la CME ou la CSIRMT. De la même façon que pour l'organisation des soins, le recours à ce mécanisme dérogatoire serait décidé conjointement par le directeur et le président de la CME, après avis favorables de la CME, de la CSIRMT ainsi que du CTE et du conseil de surveillance.

Il dispose également que le directeur prévoit le cas échéant les modalités de participation des personnels au sein de ces structures dérogatoires.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté un amendement de son rapporteur qui, outre plusieurs modifications rédactionnelles, prévoit la consultation de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques partout où celle de la CME est déjà prévue.

Surtout, cet amendement supprime, parmi les dispositions introduites par le Gouvernement, celles permettant de déroger à l'existence du directoire, considérant que *« si le maintien du directoire dans un établissement public de santé paraît certes perfectible, il n'en demeure pas moins indispensable pour assurer la collégialité des décisions exécutives »*.

## **3. La position de la commission**

À l'initiative de la rapporteure, la commission a rétabli la possibilité de déroger à l'existence du directoire, issue des conclusions du Ségur de la santé et qui pourra permettre à certains établissements volontaires de proposer des modalités de gouvernance innovantes.

\*

\* \*

*Article 8 bis*

**Participation de droit des parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : maintien de la suppression

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'article 8 *bis* est issu de l'adoption en séance publique d'un amendement de M. Yannick Kerlogot et plusieurs de ses collègues des groupes La République en Marche et Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, ayant reçu un avis défavorable de la rapporteure comme du Gouvernement.

Il permet aux parlementaires d'être membre de droit du conseil de surveillance d'un établissement public de santé de leur département d'élection.

● Aux termes de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, le conseil de surveillance des établissements publics de santé est aujourd'hui composé de trois collèges :

– un collège d'au plus cinq représentants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole ;

– un collège d'au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public ;

– un collège d'au plus cinq personnalités qualifiées.

Au sein du collège des représentants des collectivités territoriales figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal, le président du conseil départemental ainsi que le président de la métropole le cas échéant.

Afin d'assurer un certain équilibre dans la représentativité des membres du conseil, le nombre de membres de chacun des collèges doit être identique.

● L'article 8 *bis* modifie l'article L. 6143-5 afin d'attribuer de droit aux parlementaires un siège au conseil de surveillance des établissements publics de santé au sein de leur département d'élection.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission a adopté deux amendements identiques de suppression, déposés l'un par son rapporteur, l'autre par les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain. Cette suppression a été confirmée par les sénateurs lors de l'examen de la proposition de loi en séance publique.

Le Sénat a ainsi souhaité limiter les engagements des parlementaires et « *leur permettre de recentrer leur activité sur les travaux de leur assemblée* ».

### **3. La position de la commission**

La commission a confirmé la suppression de cet article.

Au vu du nombre de parlementaires dans chaque département, et puisque rien n'est précisé quant à leur mode de désignation au sein du conseil de surveillance, cet article risquerait en effet de modifier profondément l'équilibre de la gouvernance des établissements publics de santé – au détriment, notamment, des élus locaux.

\*  
\* \*

#### *Article 9*

### **Élargissement de la composition du directoire des établissements publics de santé**

Origine de l'article : proposition de loi initiale

Sort au Sénat : adopté avec modifications

Position de la commission : rétablissement de la version de l'Assemblée nationale avec modifications

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

Issu de la proposition de loi initiale, l'article 9 permet de diversifier la composition du directoire des établissements publics de santé afin d'augmenter la représentativité des personnels du corps paramédical et d'y introduire des usagers et des étudiants.

- La composition du directoire est prévue par l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique.

Parmi les sept membres du directoire – neuf dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) – se trouvent :

– trois membres de droit : le directeur de l'établissement, président du directoire, le président de la commission médicale d'établissement (CME), vice-président, ainsi que le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) ;

– des membres nommés par le directeur après information du conseil de surveillance. Ces membres sont pour la majorité – soit au moins trois – des membres du personnel médical.

- La composition actuelle du directoire ne permettant qu'une faible représentativité des personnels appartenant à une profession non médicale, l'article 9 modifie l'article L. 6143-7-5 afin d'élargir sa composition.

Dans sa rédaction initiale, l'article 9 ouvrait la possibilité pour le directeur de nommer, en sus des membres déjà prévus, un représentant des soignants, un représentant des étudiants en santé ainsi qu'un représentant des usagers du système de santé.

Pour cela, l'article initial prévoyait d'augmenter le nombre de membres du directoire en convertissant la limite de sept membres, ou neuf dans le cas des CHU, en seuil minimal. Il précisait également les modalités de nomination de ces nouveaux membres, inspiré des modalités de nomination des membres médicaux du directoire.

- Dans l'objectif de maintenir le format restreint du directoire, un amendement de rédaction globale de la rapporteure a été adopté en commission.

L'article ainsi réécrit maintient la limitation du nombre de membres du directoire tout en le portant à neuf pour les établissements publics de santé et à onze pour les CHU.

Il prévoit également la nomination d'un membre du personnel non médical au sein du directoire et précise les modalités de nomination le concernant. Ce nouveau membre est nommé, et le cas échéant révoqué, par le directeur après information du conseil de surveillance. Pour cela, le président de la CSIRMT établit une liste de propositions à destination du directeur.

Enfin l'article 9 permet au directeur de l'établissement, après avis conforme du président de la CME et après concertation du directoire, de désigner au plus trois personnalités qualifiées pouvant notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

- En séance publique, seul un amendement rédactionnel de la rapporteure a été adopté.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission a adopté deux amendements à l'initiative de son rapporteur.

- En cohérence avec les modifications apportées par sa commission des affaires sociales à l'article 6, qui dissocie les fonctions de président de la CSMIRT et de directeur des soins, le premier de ces amendements permet de faire de ce



dernier un membre de droit du directoire, tout en maintenant la nomination par le directeur d'un membre appartenant au personnel non médical.

Cet amendement supprime par ailleurs la possibilité pour le directeur de nommer trois personnalités qualifiées, et la remplace par la participation aux réunions du directoire de deux représentants d'usagers, de manière ponctuelle et avec voix consultative seulement. Cette disposition exclut les étudiants du directoire qui, selon le rapporteur du Sénat, ne seraient pas à même d'avoir un apport réel sur la stratégie d'établissement du fait notamment du temps limité passé dans chaque établissement.

● Le second amendement prévoit que chaque réunion du directoire doit faire l'objet d'un relevé de conclusions. Celui-ci doit être communiqué dans un délai de quinze jours aux chefs de pôle ainsi qu'aux chefs de service de l'établissement. Cette disposition est la traduction législative de l'une des recommandations du rapport du Pr Olivier Claris remis en juin 2020, préconisant de « *diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétiques du directoire* ».

### 3. La position de la commission

Les étudiants ont toute leur place au sein du directoire. Pour cette raison, et par cohérence avec sa position sur les modifications opérées par le Sénat à l'article 6, la commission a donc rétabli, moyennant trois amendements de la rapporteure, les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale relatives à la composition du directoire.

\*

\* \*

#### *Article 9 bis*

#### **Situation de conflit d'intérêts**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications

### 1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 9 *bis* résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale, en séance, d'un amendement déposé par M. Jean-Louis Touraine et ses collègues du groupe La République en Marche, avec un avis favorable de la rapporteure et du Gouvernement.

Cet article vise à permettre au directeur d'un établissement public de santé de désigner un délégué en cas de conflit d'intérêts, lorsqu'il agit comme ordonnateur des dépenses et recettes.

• L'article 9 *bis* fait directement référence à l'article 25 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires <sup>(1)</sup>, dite « loi Le Pors ».

L'article 25 *bis* de cette loi encadre, pour l'ensemble des fonctionnaires, la prévention des conflits d'intérêts entendus comme « *toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions* ».

Il fait également état des différentes démarches à suivre pour le fonctionnaire estimant se trouver dans une telle situation, selon les fonctions qu'il exerce ainsi que son positionnement dans la hiérarchie. Lorsqu'il exerce des compétences qui lui ont été dévolues en propre, il « *est suppléé par tout délégué, auquel il s'abstient d'adresser des instructions* ». Un directeur d'établissement public de santé, membre de la fonction publique hospitalière et détenteur de compétences propres listées à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, entre donc dans ce cas de figure.

Outre ces mesures, la loi susmentionnée permet un contrôle *a priori* de potentiels conflits d'intérêts par le biais de diverses dispositions :

– l'article 25 *ter* et son décret d'application <sup>(2)</sup> conditionnent la nomination d'un directeur d'établissement public de santé à la « *transmission préalable par le fonctionnaire d'une déclaration exhaustive, exacte et sincère de ses intérêts à l'autorité investie du pouvoir de nomination ou à l'autorité hiérarchique* » ;

– l'article 25 *quinquies* et son décret d'application <sup>(3)</sup> imposent à chaque directeur d'établissement public de santé de transmettre « *une déclaration exhaustive, exacte et sincère de sa situation patrimoniale* » au président de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.

Le contrôle de potentiels conflits d'intérêts se fait donc *a priori* de la nomination du directeur, au moment de sa prise de fonction ainsi qu'*a posteriori* selon son appréciation.

• L'article 9 *bis* adopté par l'Assemblée nationale modifie l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, relatif aux fonctions et missions du directeur d'un

---

(1) Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

(2) Décret n° 2016-1967 du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de transmission d'une déclaration d'intérêts prévue à l'article 25 *ter* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

(3) Décret n° 2016-1968 du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de transmission d'une déclaration de situation patrimoniale prévue à l'article 25 *quinquies* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

établissement public de santé, et notamment celle d'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Dans le cadre de l'exercice de cette mission, si le directeur estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts, l'article prévoit qu'il pourra déléguer ses pouvoirs à un membre de l'équipe de direction et en informer le conseil de surveillance.

Cet article a donc pour objectif de compléter le dispositif de l'article 25 bis de la loi du 13 juillet 1983 en l'adaptant au contexte d'un établissement public de santé.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

Le rapporteur du Sénat a émis deux réserves quant à la rédaction de cet article :

*« – en visant spécifiquement le cas - du reste assez fréquent au cours de l'exercice de son mandat - où le directeur agit comme ordonnateur des dépenses et des recettes, l'article 9 bis le retirerait du champ d'application de la prévention des conflits d'intérêts tel que défini par l'article 25 bis de la loi du 13 juillet 1983. Or cette spécialité de traitement ne semble pas nécessairement aller dans un sens favorable, puisqu'elle ne prévoit que la possibilité pour le directeur, en cas de conflit d'intérêts, de déléguer son pouvoir, et non plus de le signaler à son autorité de nomination ;*

*« – par ailleurs, le sixième alinéa de l'article L. 6143-7, qui ferait immédiatement suite à cette disposition, prévoit un cas de dérogation aux alinéas précédents de l'article lorsque le directeur d'établissement agit en tant que directeur d'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). Si l'on retient l'imputation prévue par l'article 9 bis, cette dérogation viserait également le cas de conflit d'intérêts, ce qui n'est évidemment pas souhaitable. »*

Au vu de ces remarques, la commission des affaires sociales du Sénat a donc adopté un amendement de rédaction globale de son rapporteur.

L'article ainsi adopté maintient la nécessité pour le directeur d'informer le conseil de surveillance lorsqu'il estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts. Néanmoins, il supprime la précision sur la possibilité pour le directeur de déléguer ses pouvoirs, puisque cette possibilité est déjà prévue par le 5° de l'article 25 bis de la « loi Le Pors ».

## **3. La position de la commission**

La rapporteure, sensible aux arguments juridiques développés par la commission des affaires sociales du Sénat, considère toutefois que l'article tel qu'adopté à l'Assemblée nationale permettait de répondre à de vrais doutes ressentis sur le terrain quant à l'interprétation de la loi Le Pors.

Elle a donc donné un avis favorable à l'amendement de rétablissement de cet article dans sa rédaction initiale proposé par M. Jean-Louis Touraine et les membres du groupe La République en Marche, sous-amendé par Mme Annie Vidal et les membres du même groupe afin de tenir compte le plus possible des réserves précédemment évoquées.

\*

\* \*

#### *Article 9 ter A*

### **Renforcement du rôle des élus locaux au sein du conseil de surveillance**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : suppression

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

L'article 9 *ter* A résulte de l'adoption par le Sénat, en séance publique, d'un amendement déposé par M. Franck Menonville et des membres du groupe Les Indépendants – République et Territoires, avec un avis favorable du rapporteur et défavorable du Gouvernement.

Cet article vise à renforcer l'implication des élus locaux au sein du conseil de surveillance des établissements publics de santé.

● Aux termes de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, trois collèges de représentants participent actuellement au conseil de surveillance des établissements publics : un collège de représentants des collectivités territoriales, un collège de représentants du personnel médical et non médical ainsi qu'un collège de personnalités qualifiées, dont deux représentants des usagers. Chaque collège comporte le même nombre de membres, limité à cinq par collège.

Parmi les représentants des collectivités territoriales, certains élus locaux, ou leur représentant, bénéficient d'un siège de droit :

- le maire de la commune siège de l'établissement principal ;
- le président du conseil départemental, ou en Corse, le président du conseil exécutif ;
- le président de la métropole, y compris dans les métropoles du Grand Paris, de Lyon et d'Aix-Marseille-Provence.

En outre, le président du conseil de surveillance est élu par les membres qui le composent parmi ceux du collège des représentants des collectivités territoriales ou ceux du collège des personnalités qualifiées.

● Afin de renforcer le rôle des élus locaux au sein du conseil de surveillance, le présent article modifie l'article L. 6143-5 de deux façons :

– il prévoit la participation de droit du président du conseil régional, ou son représentant, aux côtés des autres membres du premier collège ;

– il limite la possibilité d'être élu président du conseil de surveillance aux membres du collège des représentants des collectivités territoriales, en excluant les personnalités qualifiées.

## **2. La position de la commission**

Si une réflexion globale sur la place des élus locaux au sein de la gouvernance de notre système de santé est nécessaire, la rapporteure considère que cet article n'est pas la bonne réponse à apporter à cette question, et que des réponses plus abouties pourront être discutées dans le cadre du futur projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

La présence du président du conseil régional – ou de son représentant – au conseil de surveillance de l'ensemble des établissements publics de santé de sa région, si elle pourrait être souhaitable, semble irréaliste, notamment au vu de la taille des nouvelles « grandes régions ».

Cet amendement est en outre en grande partie satisfait par le droit en vigueur, puisque l'article R. 6143-3 du code de la santé publique précise déjà qu'un représentant du conseil régional participe au conseil de surveillance des établissements de ressort régional, interrégional et national.

Par ailleurs, aux termes du présent article, quatre membres du premier collège du conseil de surveillance seraient désormais désignés de droit. Cette disposition contraignante laisserait donc peu de marges de manœuvre aux acteurs de terrain, notamment pour adapter les organes décisionnaires à la taille et aux caractéristiques de chaque établissement public de santé.

Enfin, la rapporteure est attachée à la possibilité pour une personnalité qualifiée d'être élue à la présidence du conseil de surveillance.

À son initiative, la commission a donc supprimé cet article.

\*

\* \*

*Article 9 ter*

**Élargissement du pouvoir de délibération du conseil de surveillance**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : suppression

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

L'article 9 *ter* résulte de l'adoption par la commission des affaires sociales du Sénat d'un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Cet article vise à étendre la compétence de délibération du conseil de surveillance d'un établissement public de santé aux orientations stratégiques et financières pluriannuelles de l'établissement et à leurs modifications.

● Le conseil de surveillance est l'instance décisionnelle qui a remplacé le conseil d'administration au sein des établissements publics de santé suite à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») du 21 juillet 2009 <sup>(1)</sup>.

Composé d'élus territoriaux, de représentants des personnels des corps médical et hospitalier ainsi que de personnalités qualifiées, le conseil de surveillance se prononce sur les grandes orientations et contrôle la gestion de l'établissement.

Aux termes de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, il délibère notamment sur le projet d'établissement, les conventions constitutives de centre hospitalier universitaire, le compte financier et l'affectation des résultats, toute mesure relative à un projet de fusion ou le rapport annuel d'activité.

Il donne également son avis sur, entre autres, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, les conditions d'accueil des usagers ou le règlement intérieur.

● L'article 9 *ter* modifie l'article L. 6143-1 afin de donner au conseil de surveillance un droit de regard sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles et leurs modifications.

Cette évolution fait écho à la première recommandation du rapport de 2011 du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, institué par l'article 35 de la loi « HPST ». Ce rapport soulevait alors « *la nécessité d'un renforcement du rôle d'orientation du conseil de surveillance* » et

---

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

recommandait notamment que les orientations stratégiques et financières annuelles et leurs modifications soient sujettes aux délibérations du conseil.

## **2. La position de la commission**

Le conseil de surveillance se prononce déjà sur les grandes orientations et contrôle la gestion de l'établissement. Il n'est pas souhaitable que le conseil de surveillance dispose de davantage de poids dans les orientations stratégiques et financières pluriannuelles des établissements, ce qui serait inéluctablement source de blocages et qui pourrait être facteur de davantage de lenteurs et de complexité.

À l'initiative de la rapporteure et de M. Jean-Louis Touraine, la commission a donc supprimé cet article

\*  
\* \*

### *Article 10*

#### **Lutte contre les abus liés à l'intérim médical**

Origine de l'article : proposition de loi initiale

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

## **1. Les dispositions adoptées à l'Assemblée**

Le recours à l'intérim médical n'a fait que croître au cours des dernières années, malgré une volonté politique forte de mieux réguler ces pratiques et surtout leur coût croissant pour l'hôpital public.

En effet, malgré l'augmentation effrénée et désormais illégale des tarifs journaliers des prestations d'intérim médical, les établissements publics de santé sont souvent dépendants de ce recours à l'intérim afin de pouvoir assurer la continuité et la permanence des soins. Ils sont, en outre, insuffisamment armés pour lutter contre les abus engendrés par ces pratiques.

- L'article 10 permet de lutter contre les abus liés à l'intérim médical lorsque les contrats signés ne respectent pas le plafond maximal de rémunération fixé par voie réglementaire, par le biais de deux instruments.

D'une part, il permet aux comptables publics de bloquer les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire ou ne respectant pas les conditions fixées par la réglementation.

D'autre part, il donne la possibilité aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) de déférer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers.

- En première lecture, la commission des affaires sociales a adopté cet article 10 modifié par trois amendements de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, avec l'avis favorable de la rapporteure.

Deux de ces amendements permettent de rendre systématique et non plus facultatif :

- pour le directeur général de l'ARS, le fait de déférer au tribunal administratif compétent les actes juridiques conclus irrégulièrement par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire ou avec un praticien pour la réalisation de vacations ;

- pour le comptable public, le fait de procéder au rejet du paiement de la rémunération irrégulière.

Le troisième amendement précise que le présent article ne concerne pas uniquement les intérimaires au sens « strict » mais également les contrats de gré à gré.

La commission a également adopté un amendement de précision allant dans le même sens, présenté par M. Jean-Louis Touraine et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, avec un avis favorable de la rapporteure.

Enfin, la commission a adopté un amendement de la rapporteure différant l'entrée en vigueur de ces dispositions de six mois, ce qui permettra à la fois aux établissements concernés d'anticiper et de s'organiser en conséquence, et aux comptables publics de prévoir le contrôle des dépenses correspondantes.

En séance publique, l'Assemblée nationale a seulement adopté un amendement rédactionnel de la rapporteure.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

- La commission des affaires sociales a adopté un amendement du rapporteur modifiant considérablement cet article.

Le rapporteur du Sénat a en effet considéré « *inopportun d'investir le comptable public d'une telle mission, en raison de son intervention tardive dans le circuit de la dépense, nécessairement postérieure à l'accomplissement du service* ».

La commission a donc réécrit cet article, substituant au contrôle du comptable et du directeur général de l'ARS sur les contrats et rémunérations afférentes un contrôle budgétaire *a priori*, en prévoyant que le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées au titre du travail temporaire doit



obligatoirement figurer à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'établissement. Le directeur général de l'ARS, s'il constate que ce montant dépasse le plafond défini par décret, devrait renvoyer cet EPRD au directeur d'établissement et réserver son approbation jusqu'à ce que ce montant soit inférieur au plafond.

De même, cet amendement prévoyait qu'à l'issue de l'exécution du budget de l'établissement, si le compte financier fait apparaître un dépassement du plafond, le directeur général de l'ARS défère au tribunal administratif tous les actes par lesquels l'établissement a eu recours au travail temporaire.

- En séance publique, le Sénat a d'abord adopté un amendement du Gouvernement rétablissant dans sa version issue de l'Assemblée nationale puis a voté la suppression de cet article 10.

### **3. La position de la commission**

- La rapporteure s'interroge vivement sur les choix faits par le Sénat à cet article.

Si elle comprend les points soulevés par le rapporteur lors des débats, elle s'interroge sur l'effectivité de la rédaction alternative qui avait été proposée par la commission des affaires sociales. Ainsi, le montant des dépenses d'intérim médical est déjà prévu à l'EPRD, sur la base d'une estimation d'un nombre de jours de prestation et d'une rémunération afférente. L'EPRD ne correspond donc qu'à la prévision d'une masse budgétaire, qui ne permet en aucun cas de connaître le tarif journalier qui sera en pratique facturé pour chacune des prestations auxquelles l'établissement aura réellement recours. De même, le compte financier constate seulement le total des dépenses enregistrées après clôture des comptes de l'établissement.

Ces dispositions ne permettraient donc nullement de connaître, de contrôler et d'empêcher les rémunérations irrégulières prises individuellement.

Quant à la suppression pure et simple de cet article en séance, elle ne peut qu'interroger sur la volonté du Sénat de faire de la lutte contre ces pratiques abusives une priorité.

- Adoptant quatre amendements identiques de la rapporteure, de Mme Annie Vidal et des membres du groupe La République en Marche, de M. Cyrille Isaac-Sibille et de plusieurs de ses collègues du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ainsi que de Mme Annie Chapelier et de plusieurs de ses collègues du groupe Agir ensemble, la commission a logiquement rétabli cet article dans sa version issue de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

*Article 11*

**Création d'un projet managérial à l'hôpital**

Origine de l'article : proposition de loi initiale

Sort au Sénat : suppression

Position de la commission : rétablissement de l'article

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

● Issu de la proposition de loi initiale, l'article 11 fait évoluer le projet d'établissement des établissements publics de santé afin d'y intégrer un projet de management.

S'ajoutant au projet de prise en charge des patients, au projet social ainsi qu'au projet psychologique, le projet de management définit les orientations stratégiques de l'établissement en matière de gestion de l'encadrement et des équipes.

Défini comme un outil de pilotage, d'animation et de motivation des équipes pour l'atteinte des objectifs du projet d'établissement, il concerne tant les équipes médicales que les équipes soignantes, administratives, techniques et logistiques.

Par ailleurs, ce projet tient compte des besoins et des attentes des personnels dans leur environnement. Il porte également sur les programmes de formation managériale dispensés aux personnels nommés à des postes de responsabilité.

● La commission des affaires sociales a adopté cinq amendements permettant de préciser le contenu de ce projet de management et ayant tous reçu un avis favorable de la rapporteure.

Le projet devient un projet participatif<sup>(1)</sup> « *de gouvernance et de management* » qui précise les modalités de désignation des responsables hospitaliers<sup>(2)</sup>. Il rend également obligatoire la dispensation de formations managériales<sup>(3)</sup> et contient un volet dédié aux actions de prévention des risques psycho-sociaux<sup>(4)</sup> auxquels peuvent être exposés de manière spécifique les personnels soignants, médicaux et paramédicaux.

---

(1) Amendement de M. Didier Martin et plusieurs de ses collègues du groupe la République en Marche.

(2) Amendement de M. Thomas Mesnier, rapporteur général, et plusieurs de ses collègues du groupe la République en Marche.

(3) Amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés.

(4) Amendement de M. Jean-Louis Touraine et de plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche.

Parallèlement, l'article adopté en commission prévoit que le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable définissant des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement <sup>(1)</sup>.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements de Mme Caroline Janvier et des membres du groupe La République en Marche, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement, visant à :

– mettre en cohérence le projet de gouvernance et de management avec le projet social ;

– rappeler la nécessité de prendre en compte les attentes et besoins des personnels en situation de handicap ;

– inclure les enjeux d'égalité entre les hommes et les femmes au sein des actions de prévention prévues par le présent projet.

Un amendement de M. Michel Lauzzana et plusieurs membres du groupe La République en Marche a également été adopté en séance publique, avec un avis favorable de la rapporteure et du Gouvernement, afin d'ajouter au projet de management un volet spécifique dédié à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé.

Enfin, outre un amendement et un sous-amendement rédactionnels de la rapporteure, un amendement de Mme Anissa Khedher (groupe La République en Marche) a également été adopté avec un avis favorable de la rapporteure et du Gouvernement, afin de remplacer le terme d'« équipes soignantes » par celui d'« équipes paramédicales ».

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission a adopté un amendement de suppression de l'article 11, déposé par Mme Annie Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec un avis favorable du rapporteur.

Le rapporteur ne s'était pas opposé dans son rapport à la traduction législative de l'une des recommandations du rapport Claris qui préconisait de « rendre obligatoire l'élaboration et l'adoption d'un projet de management et de gouvernance » <sup>(2)</sup>. Néanmoins, au regard « des ajouts opérés par les députés », le rapporteur a finalement préféré soutenir l'amendement de suppression.

---

(1) Amendement de M. Thomas Mesnier, rapporteur général, et des membres du groupe la République en Marche.

(2) Rapport de la mission confiée au Pr Claris (juin 2020) sur la gouvernance et la simplification hospitalières.

### 3. La position de la commission

La commission, attachée à cet article qui propose un vrai changement de paradigme pour l'hôpital public, a rétabli ce dernier, à l'initiative de la rapporteure, dans sa version issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

#### *Article 11 ter*

### **Projet psychologique d'établissement**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le projet d'établissement doit comporter un projet psychologique.

Le présent article est issu de l'adoption au Sénat, en séance publique, d'un amendement de Mme Brigitte Micoulean et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis de sagesse de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Il crée un nouvel article L. 6143-2-3 au sein du code de la santé publique. Cet article dispose que :

– le projet psychologique comporte plusieurs volets relatifs aux activités cliniques des psychologues, à leurs activités de formation et de recherche, ainsi que les modalités de leur organisation et de leur structuration dans l'établissement ;

– lorsque l'effectif des psychologues le permet, ce projet psychologique prévoit la désignation de psychologues coordonnateurs chargés de leur encadrement hiérarchique de proximité.

#### **2. La position de la commission**

La rapporteure partage l'intention du Sénat de clarifier la définition et les objectifs du projet psychologique d'établissement et, plus largement, de travailler sur le statut des psychologues à l'hôpital.

Dans l'attente d'un débat approfondi avec le Gouvernement en séance publique, la commission a donc adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

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

*Article 13 quater*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : suppression

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale

**1. Les dispositions introduites à l'Assemblée nationale**

Cet article est issu d'un amendement adopté en commission, avec l'avis favorable de la rapporteure, à l'initiative de Mme Danielle Brulebois et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche.

Il vise à préciser que les unions et mutuelles ne peuvent participer à des missions de service public que dans les cas et conditions prévus par la loi ou dans le cadre d'une convention de délégation de service public.

Il s'agit d'affirmer de manière explicite que, puisque les services fournis par les unions et mutuelles sont prioritairement réservés à leurs membres, ils sont, *a priori*, exclus du champ des missions de service public. Cela n'empêche en rien la participation des unions et mutuelles à des missions de service public dans les cas et conditions prévus par la loi ou par une convention de délégation de service public.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission a adopté, à l'initiative de son rapporteur, un amendement de suppression de cet article. Le rapporteur a indiqué ne pas partager l'idée selon laquelle une mutuelle, au seul prétexte qu'elle réserve par priorité ses services à ses adhérents, accomplirait par nature des missions d'intérêt particulier.

**3. La position de la commission**

● Cet article permet de mettre fin à la présomption de participation à un service public pour tout organisme de mutuelle agissant en prévention d'un risque maladie ou en gestion d'un service ou d'un établissement sanitaire, social ou médico-social. Il clarifie utilement le régime juridique applicable aux mutuelles.

● À l'initiative de Mme Danielle Brulebois et de plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, la commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

## CHAPITRE VI

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

#### *Article 14*

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

Origine de l'article : proposition de loi modifiée par l'Assemblée nationale en première lecture

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

L'article 14 institue une plateforme numérique d'information et de services pour les personnes handicapées, qui a vocation à guider et accompagner ces personnes, quels que soient leur situation et leur parcours de vie. Cette plateforme doit ainsi délivrer une information complète, généraliste et fiable, et simplifier les démarches des personnes handicapées grâce au développement de services en ligne, dans une interopérabilité totale avec l'ensemble des acteurs du parcours des personnes handicapées.

- La commission a précisé la rédaction de cet article, afin de garantir qu'elle sera développée dans un souci permanent d'interopérabilité et d'accessibilité, dans une logique de co-construction avec les personnes handicapées ainsi que leurs aidants et représentants légaux, dont la situation sera dûment prise en compte.

- En séance publique, des modifications rédactionnelles ont été adoptées, via des amendements présentés par la rapporteure.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat**

- Le Sénat a adopté en commission un amendement du rapporteur visant à prévoir une saisine de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sur le décret de mise en place de la plateforme. Il s'agit de veiller à apporter une protection suffisante pour les données personnelles ayant vocation à être traitées et stockées dans le cadre de cette plateforme.

- En séance publique, deux amendements ont été adoptés sur avis favorable du rapporteur, visant à rappeler le rôle des départements pour l'accueil physique des personnes handicapées et à souligner la nécessaire concertation avec eux pour le déploiement de la plateforme.

### 3. La position de la commission

- La rapporteure estime que la navette parlementaire a permis d'entourer la mise en place de cette plateforme numérique de plusieurs garanties indispensables, quant à ses finalités, ses modalités et son articulation avec l'accueil physique et téléphonique des personnes en situation de handicap.
- La commission a ainsi adopté l'article 14 dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 14 bis A*

### **Nomination d'un référent handicap dans chaque établissement de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en séance publique au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat**

Le Sénat a adopté, en séance publique, deux amendements identiques de M. Philippe Mouiller et plusieurs de ses collègues ainsi que de M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants rendant obligatoire la nomination d'un référent handicap dans chaque établissement de santé. Ces amendements reprennent des conseils issus du guide de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé publié en juillet 2017, auxquels ils veulent donner une portée normative et dont ils souhaitent garantir la traduction concrète.

#### **2. La position de la commission**

- La rapporteure partage le souci que l'accessibilité des services publics pour les personnes en situation de handicap, entendue au sens large, soit une réalité et non un vœu pieux.
- La commission a ainsi maintenu l'article voté par le Sénat.

\*

\* \*

*Article 14 bis*

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

Origine de l'article : amendement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : suppression

Position de la commission : maintien de la suppression

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté cinq amendements identiques de Mme Sandra Boëlle, de Mme Isabelle Valentin, de Mme Valérie Six et des membres du groupe UDI et Indépendants, de Mme Josiane Corneloup et de M. Thibault Bazin demandant un rapport au Gouvernement sur l'attractivité des postes de praticiens au sein des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), sur l'avis favorable de la rapporteure et du Gouvernement.

L'adoption de cette demande de rapport venait compenser l'irrecevabilité déclarée, au titre de l'article 45 de la Constitution, de plusieurs amendements après l'article 4, visant à autoriser l'exercice d'une activité libérale avec dépassements d'honoraires pour les praticiens exerçant au sein de ces ESPIC. En raison de cette irrecevabilité, ces amendements n'avaient pas pu être examinés en séance publique.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

- La commission, adoptant un amendement de son rapporteur, a supprimé cet article 14 *bis*, en vertu d'un positionnement constant sur les demandes de rapport.

- Par ailleurs, l'adoption de l'article 4 *quinquies* lors de l'examen en séance publique est venue pallier le défaut de prise en compte de la situation des praticiens salariés des ESPIC, sur laquelle l'article 14 *bis* visait implicitement à alerter le Gouvernement.

**3. La position de la commission**

- La rapporteure estime que l'adoption de l'article 4 *quinquies* est de nature à réduire l'utilité de l'article 14 *bis*, en proposant une solution au problème auquel ce dernier fait référence.

- La commission a ainsi maintenu la suppression de cet article.

\*

\* \*



*Article 14 ter*

**Demande de rapport sur la coordination entre les professionnels de l'enfance**

Origine de l'article : amendement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : suppression

Position de la commission : rétablissement de l'article

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale**

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté l'amendement de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, Mme Agnès Firmin Le Bodo et M. Cyrille Isaac-Sibille demandant un rapport au Gouvernement sur la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes.

**2. Les modifications apportées par le Sénat**

La commission, adoptant un amendement de son rapporteur, a supprimé cet article 14 *ter*, en vertu d'un positionnement constant sur les demandes de rapport.

**3. La position de la commission**

● La rapporteure avait donné un avis de sagesse sur le vote de l'amendement en première lecture, estimant que la coopération entre les professionnels de santé qui exercent auprès des enfants était en effet un sujet problématique, appelant une action de la part des pouvoirs publics.

Néanmoins, la rapporteure convenait que la demande de rapport au Gouvernement n'est pas l'outil le plus approprié pour remédier à cette situation. En outre, Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission des affaires sociales, suite à la réunion de son bureau du 9 décembre dernier, a demandé à la Cour des comptes de réaliser, en application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, une enquête sur la santé des enfants, dont il semblait désormais utile d'attendre les conclusions.

● Cependant, en dépit de l'avis défavorable de la rapporteure, la commission a adopté un amendement de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe et plusieurs de ses collègues portant rétablissement de l'article 14 *ter*, au motif que son périmètre n'était pas exactement le même que celui de l'enquête demandée à la Cour des comptes.

\*

\* \*



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Au cours de sa seconde réunion du mardi 9 mars 2021, la commission a examiné, en nouvelle lecture, la proposition de loi, modifiée par le Sénat, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n° 3898) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure).*

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

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

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

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

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

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

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

C'est notamment le cas de l'élargissement des compétences des sages-femmes. Le Sénat a adopté les articles, très attendus sur le terrain, permettant aux

sages-femmes de prescrire enfin des arrêts de travail de plus de quinze jours et de les renouveler. Cela permettra à la fois de mieux reconnaître les compétences des sages-femmes et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

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

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

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

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

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

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

Toutefois, des désaccords importants sont apparus sur plusieurs points de la rénovation de la gouvernance hospitalière. Une première divergence porte sur la

dissociation du statut de directeur des soins et de président de la commission des soins, à l'article 6. Cette dissociation, qui n'est pas demandée par les acteurs du terrain, déstabiliserait la gouvernance et nuirait à l'attractivité des postes de directeur de soins.

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

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

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

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

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

## **CHAPITRE I<sup>ER</sup>** **EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE ET PROTOCOLES DE** **COOPÉRATION**

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

#### **Demande de rapport sur les pratiques avancées et les protocoles de coopération**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*L'amendement AS23 est retiré.*

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

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

*Article 1<sup>er</sup> bis AA*

**Assimilation des infirmiers anesthésistes aux infirmiers de pratique avancée**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Protocoles locaux de coopération**

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

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

**M. Guillaume Chiche.** L'amendement AS67 propose également de reprendre la rédaction de l'article 1<sup>er</sup> bis tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en



première lecture, à cette différence qu'il ne propose pas d'ajouter la possibilité pour les services médico-sociaux de signer les protocoles locaux de coopération. C'est la raison pour laquelle je le retire au profit de celui de la rapporteure.

*L'amendement AS67 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS97.*

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

*Article 1 ter A*

**Participation de représentants du ministre en charge du handicap au comité national des coopérations interprofessionnelles**

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

**CHAPITRE II  
L'ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SAGE-FEMME, DE  
PHARMACIEN ET DE CERTAINS AUXILIAIRES MÉDICAUX**

*Avant l'article 2*

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

*Article 2 bis*

**Possibilité pour les sages-femmes de renouveler ou prolonger des arrêts de travail**

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

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

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

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

*Article 2 quater*

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

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

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

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

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

*La commission adopte l'amendement AS81.*

*En conséquence, l'amendement AS18 tombe.*

*L'article 2 quater est ainsi rédigé.*

*Article 2 quinquies AA*

**Possibilité de déclarer une sage-femme référente**

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

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

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

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

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

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

*La commission adopte les amendements.*

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

*Article 2 quinquies B*

**Dérogation au parcours de soins lorsqu'un patient est adressé par une sage-femme**

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

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

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

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

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

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

*Article 2 quinquies*

**Extension du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes aux produits de santé**

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

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

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

*La commission adopte les amendements.*

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

*Article 2 sexies*

**Possibilité pour les infirmiers et les médecins généralistes de délivrer des autotests VIH**

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

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

*Article 2 septies*

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

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

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

*Article 2 octies*

**Prescription d'aides techniques par les ergothérapeutes**

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

*Article 2 nonies*

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

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

*Article 2 decies*

**Possibilité de vaccination par les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur**

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

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

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

#### *Article 2 undecies*

### **Possibilités de vaccination par les laboratoires d'analyses de biologie médicale**

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

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

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

**M. Philippe Vigier.** Je ne peux que placer mes pas dans ceux de Jean-Pierre Door. J'aurais pu comprendre que vous n'autorisiez pas les techniciens des laboratoires d'analyses à faire des vaccins, mais pourquoi l'interdire aux biologistes ? Ce sont les mêmes qui interviennent dans les centres de vaccination,

les mêmes qui font les prélèvements covid depuis neuf ou dix mois... On leur a demandé d'être en première ligne quand on a eu besoin d'eux pour faire les tests antigéniques et PCR – c'est toujours le cas – et maintenant, on leur dit qu'ils ne pourront pas prendre part à la vaccination. Il y a là un petit problème de cohérence...

*La commission rejette l'amendement.*

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

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

*La commission rejette l'amendement.*

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

### **CHAPITRE III L'ATTRACTIVITÉ DU POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

#### *Article 3*

#### **Poser un principe de simplification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers**

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

#### *Article 4*

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

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

*Article 4 bis*

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

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

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

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

*Article 4 quater A*

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

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

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

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

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

*Article 4 quater*

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

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

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



par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

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

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

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

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

#### *Article 4 quinquies*

### **Permettre aux praticiens salariés d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif de pratiquer des dépassements d'honoraires**

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

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

Ce matin, à l'occasion de la présentation de son plan de relance de l'investissement dans la santé, le Premier ministre a annoncé une revalorisation salariale des médecins travaillant dans les ESPIC. Il a proposé de financer cette augmentation par une dotation de l'assurance maladie. L'autre option serait d'autoriser ces praticiens à exercer une activité libérale : le financement reposerait alors sur les mutuelles. Il faudra faire un choix entre ces deux options.

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

Avis défavorable.

**Mme Annie Vidal.** Cet amendement vise à rétablir une forme d'équité entre les praticiens du service public hospitalier et ceux qui exercent dans des ESPIC. Le Gouvernement s'est engagé ce matin à revaloriser le salaire de ces derniers, avec une enveloppe identique à celle qui a été accordée aux praticiens du

service public dans le cadre du « Ségur ». Compte tenu de ces annonces, il me semble pertinent de retravailler cet amendement et d'en discuter avec le ministre en séance.

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

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

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

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

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

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

*La commission rejette l'amendement.*

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

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

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

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

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

*L'amendement est **retiré**.*

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

#### **CHAPITRE IV SIMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

##### *Article 5*

#### **Revalorisation de la place du service et du rôle du chef de service**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

celui d'un partage des tâches, à même d'assurer un meilleur management, favorisé par la présence dans les services.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Article 5 bis A*

**Affirmation du rôle de la commission médicale d'établissement dans la pertinence des soins**

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

*Article 5 bis*

**Définition du projet médical**

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

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

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

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

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

En effet, le présent article consacre le projet médical dans la loi. Ce dernier définit les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population. Il s'agit donc de renforcer la place de l'ensemble des disciplines de recherche et l'interdisciplinarité dans la définition de ces objectifs.

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

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

*L'amendement est **retiré**.*

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

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

*Article 6*

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

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

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

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

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

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

**M. Jean-Pierre Door.** Nous ne souhaitons pas la fusion de la CME et de la CSIRMT, qui engendrerait un problème de fond et un problème de forme, surtout pour l'avenir. Le Sénat s'est borné à prévoir dans la loi l'inscription de cette commission des soins infirmiers au rang des organes représentatifs de l'hôpital, l'élection du président de cette commission par ses membres et l'ouverture de mutualisations entre les diverses commissions, dès l'instant où des rapprochements seront possibles entre le président de la CSIRMT et le président ou le vice-président de la CME.

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



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

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

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

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

*La commission rejette les amendements.*

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

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

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

*L'amendement AS25 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS117.*

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

*Article 6 bis*

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

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

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

*Article 7 bis A*

**Pondération des voix au sein des organes et instances des groupements hospitaliers de territoire**

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

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

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

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

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

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

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

*Article 7 bis B*

**Interopérabilité des systèmes d'information au sein des groupements hospitaliers de territoire**

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

*Article 7 bis*

**Création d'un service d'accès aux soins**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Mme la rapporteure.** Avis favorable.

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

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

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

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

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

#### *Article 8*

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

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

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

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

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

#### *Article 8 bis*

### **Participation de droit des parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En revanche, sur la base du volontariat, les parlementaires peuvent siéger dans le conseil stratégique des GHT. Ils sont donc amenés à le faire sans savoir exactement ce qui se passe dans leur centre hospitalier. Deux poids, deux mesures ! Pourquoi les parlementaires ne siègeraient-ils pas dans le conseil de surveillance de l'hôpital de leur circonscription ? Revenons-en au dispositif antérieur, qui fonctionnait très bien ! Ceux qui voulaient siéger au sein du conseil de surveillance

pouvaient le faire et c'était efficace. Les membres de la commission des affaires sociales connaissent bien les secteurs de la santé et des finances – nous sommes particulièrement au fait des lois de financement de la sécurité sociale. Le lien était clairement établi entre le travail du parlementaire, ici et sur le terrain, au sein d'un conseil de surveillance, même très petit, car chacun d'entre eux compte.

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

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

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

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

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

Nos circonscriptions sont différentes. La mienne est rurale et compte de petits établissements hospitaliers en grande difficulté, qui connaissent des problématiques de fonctionnement. Les situations sont différentes dans les CHU, les hôpitaux de proximité ou les hôpitaux intermédiaires. En tout cas, nous sommes souvent interpellés, jouant parfois les médiateurs, pour régler les conflits, les problèmes financiers ou d'encadrement, les dysfonctionnements internes, la souffrance au travail. Or c'est très compliqué si nous ne pouvons pas siéger dans une instance de dialogue avec les différents corps professionnels de ces établissements. Il faut que nous puissions au moins être présents dans les situations critiques. Le CTS ne me paraît pas être l'instance adéquate, car sa fonction touche davantage à la stratégie de politique sanitaire sur un territoire. Tout cela mérite d'être discuté en vue de la séance publique.

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

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

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

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

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

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

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

**Mme la rapporteure.** Je ne suis pas en désaccord sur le fond, mais ces amendements posent des problèmes pratiques. Qui va choisir le parlementaire qui siégera au conseil de surveillance ? Le président du conseil de surveillance, donc



très souvent le maire de la ville de l'établissement ? Un choix politique devra être fait.

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

Avis défavorable.

*La commission rejette successivement les amendements.*

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

#### *Article 9*

### **Élargissement de la composition du directoire des établissements publics de santé**

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

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

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

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

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

*L'amendement est retiré.*

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

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

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

**Mme la rapporteure.** Défavorable.

*La commission adopte l'amendement AS114.*

*En conséquence, l'amendement AS68 tombe.*

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

#### *Article 9 bis*

### **Situation de conflit d'intérêts**

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

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

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

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

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

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

#### *Article 9 ter A*

### **Renforcement du rôle des élus locaux au sein du conseil de surveillance**

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

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

#### *Article 9 ter*

### **Élargissement du pouvoir de délibération du conseil de surveillance**

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

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

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

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

#### *Article 10*

### **Lutte contre les abus liés à l'intérim médical**

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

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

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

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

la réglementation. L'article vise également à permettre aux agences régionales de santé de dénoncer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers.

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

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

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

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

*La commission adopte les amendements.*

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

#### Article 11

### **Création d'un projet managérial à l'hôpital**

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

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

*La commission adopte l'amendement.*

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

#### Article 11 ter

### **Projet psychologique d'établissement**

*La commission adopte l'article sans modification.*

## CHAPITRE V SIMPLIFICATION ET GOUVERNANCE DES ORGANISMES RÉGIS PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ

### *Article 13 quater*

#### **Précisions des cas dans lesquels les mutuelles sont considérées comme participant à des missions de service public**

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

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

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

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

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

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

## CHAPITRE VI SIMPLIFICATION DES DÉMARCHES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

### *Article 14*

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

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

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

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

*L'amendement est retiré.*

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

### *Article 14 bis A*

#### **Nomination d'un référent handicap dans chaque établissement de santé**

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

### *Article 14 bis*

#### **Demande de rapport sur l'attractivité de l'exercice médical en établissement de santé privé d'intérêt collectif**

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

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

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

*L'amendement est retiré.*

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

*Article 14 ter*

**Demande de rapport sur la coordination entre les professionnels de l'enfance**

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

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

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

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

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

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

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

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

\*

\* \*

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

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3971\\_texte-adopte-commission#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3971_texte-adopte-commission#)





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

<b>Article</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées</b> <b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
1 <sup>er</sup> <i>bis</i> AA	Code de la santé publique	L. 4301-1
1 <sup>er</sup> <i>bis</i> A	Code de l'éducation	L. 121-4-1
1 <sup>er</sup> <i>bis</i> A	Code de l'éducation	L. 541-1
1 <sup>er</sup> <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 4011-4-1 à L. 4011-4-8 [nouveaux]
1 <sup>er</sup> <i>ter</i> A	Code de la santé publique	L. 4011-3
2 <i>bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 162-4-4
2 <i>quater</i>	Code de la santé publique	L. 4151-4
2 <i>quinquies</i> AA	Code de la sécurité sociale	L. 162-8-2 [nouveau]
2 <i>quinquies</i> A	Code de la santé publique	L. 4151-4
2 <i>quinquies</i> B	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-3
2 <i>quinquies</i>	Code de la santé publique	L. 4321-1
2 <i>octies</i>	Code de la santé publique	L. 4331-1
2 <i>nonies</i>	Code de la santé publique	L. 4341-1
2 <i>undecies</i>	Code de la santé publique	L. 6211-23
3	Code de la santé publique	L. 6152-5-3 [nouveau]
3	Code de la santé publique	L. 6152-6
4 <i>ter</i>	Code de la santé publique	L. 6146-2
4 <i>quater</i>	Code de la santé publique	L. 1451-5 [nouveau]
4 <i>quinquies</i>	Code de la santé publique	L. 6161-9
5	Code de la santé publique	L. 6146-1
5	Code de la santé publique	L. 6146-1-1 [nouveau]
5 <i>bis</i> A	Code de la santé publique	L. 6144-1
5 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 6143-2-2
5 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 6143-7-3
5 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 6143-7-4
6	Code de la santé publique	L. 6146-12 [nouveau]
6 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 6143-7
7	Code de la santé publique	L. 6132-1-1 [nouveau]
7 <i>bis</i> B	Code de la santé publique	L. 6132-3
7 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 6311-2
7 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 6311-3
8	Code de la santé publique	L. 6146-1

<b>Article</b>	<b>Dispositions en vigueur modifiées Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
8	Code de la santé publique	L. 6146-1-2 [ <i>nouveau</i> ]
8	Code de la santé publique	L. 6149-1 et L. 6149-2 [ <i>nouveaux</i> ]
9	Code de la santé publique	L. 6143-7-5
9 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 6143-7
10	Code de la santé publique	L. 6146-4 [ <i>rétabli</i> ]
11	Code de la santé publique	L. 6143-2
11	Code de la santé publique	L. 6143-2-3 [ <i>nouveau</i> ]
11 <i>ter</i>	Code de la santé publique	L. 6143-2-4 [ <i>nouveau</i> ]
13 <i>quater</i>	Code de la mutualité	L. 310-1