



N° 3455

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2020.

PROPOSITION DE LOI

*portant diverses mesures visant à améliorer
la situation du système sanitaire français,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution
d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Damien ABAD, Emmanuelle ANTHOINE, Julien AUBERT, Édith AUDIBERT, Nathalie BASSIRE, Thibault BAZIN, Valérie BAZIN-MALGRAS, Valérie BEAUVAIS, Philippe BENASSAYA, Anne-Laure BLIN, Émilie BONNIVARD, Jean-Yves BONY, Ian BOUCARD, Sylvie BOUCHET BELLECOURT, Jean-Claude BOUCHET, Bernard BOULEY, Jean-Luc BOURGEOUX, Sandrine BOËLLE, Marine BRENIER, Xavier BRETON, Bernard BROCHAND, Fabrice BRUN, Gilles CARREZ, Jacques CATTIN, Gérard CHERPION, Dino CINIERI, Éric CIOTTI, Pierre CORDIER, Josiane CORNELOUP, François CORNUT-GENTILLE, Marie-Christine DALLOZ, Olivier DASSAULT, Claude de GANAY, Charles de la VERPILLIÈRE, Bernard DEFLESSELLES, Rémi DELATTE, Vincent DESCOEUR, Fabien DI FILIPPO, Éric DIARD, Julien DIVE, Jean-Pierre DOOR, Marianne DUBOIS, Virginie DUBY-MULLER, Pierre-Henri DUMONT, Jean-Jacques FERRARA, Nicolas FORISSIER, Jean-Jacques GAULTIER, Annie

GENEVARD, Philippe GOSSELIN, Jean-Carles GRELIER, Claire
GUION-FIRMIN, Yves HEMEDINGER, Michel HERBILLON, Patrick
HETZEL, Sébastien HUYGHE, Christian JACOB, Mansour KAMARDINE,
Brigitte KUSTER, Guillaume LARRIVÉ, Marc LE FUR, Constance LE GRIP,
Geneviève LEVY, David LORION, Véronique LOUWAGIE, Emmanuel
MAQUET, Olivier MARLEIX, Gérard MENUUEL, Frédérique MEUNIER,
Philippe MEYER, Maxime MINOT, Jérôme NURY, Jean-François PARIGI,
Éric PAUGET, Guillaume PELTIER, Bernard PERRUT, Nathalie PORTE,
Jean-Luc POUDROUX, Aurélien PRADIÉ, Didier QUENTIN, Alain
RAMADIER, Julien RAVIER, Robin REDA, Frédéric REISS, Jean-Luc
REITZER, Bernard REYNÈS, Vincent ROLLAND, Martial SADDIER, Antoine
SAVIGNAT, Raphaël SCHELLENBERGER, Jean-Marie SERMIER, Nathalie
SERRE, Michèle TABAROT, Guy TEISSIER, Robert THERRY, Jean-Louis
THIÉRIOT, Laurence TRASTOUR-ISNART, Isabelle VALENTIN, Pierre
VATIN, Arnaud VIALA, Michel VIALAY, Jean-Pierre VIGIER, Stéphane
VIRY, Éric WOERTH,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La politique de santé de la République est fondée sur la volonté d'assurer à chaque femme et à chaque homme, sur tous les territoires, la possibilité d'être et de demeurer en bonne santé et de se voir offrir les meilleures conditions de prise en charge sanitaire et médico-sociale.

Force est de constater que le système de santé français est à bout de souffle, qu'il ne tient que par le dévouement des professionnels de santé et médico-sociaux, qui partout continuent de s'engager pour offrir à tous les Français un accès aux soins de qualité.

À titre d'exemple, le jeudi 9 avril 2020 n'est pas une date qui a nécessairement marqué les consciences de la plupart d'entre nous. Pourtant, il s'agit du jour où la pression sur le système hospitalier pendant la crise du coronavirus a été la plus forte.

En effet, le nombre de cas graves admis en réanimation a atteint un pic de 7 148 alors que la capacité d'accueil initiale des hôpitaux français était de 5 000 lits, comme le rappelait le Ministre de la santé le 28 mars.

La tension sur les lits a obligé les hôpitaux à devoir réorganiser leurs services pour pouvoir accueillir plus de patients.

Dans ce contexte, les déclarations du directeur de l'Agence Régionale de Santé de la région Grand-Est en pleine crise, annonçant qu'il n'y avait pas de raison de suspendre les fermetures de lits, a provoqué un tollé ayant abouti au limogeage de ce dernier.

La réorganisation des services de soins sur un territoire ne devrait pas être un sujet tabou dans notre pays. Pourtant, la question des fermetures de lits et de services est devenue un sujet explosif. L'obsession comptable des agences régionales de santé, pour qui le regroupement des plateaux hospitaliers est devenu le mot d'ordre, n'a fait qu'accroître les tensions. L'application parfois brutale de règles prises sans concertations a nui aux relations entre les différents acteurs. Quant aux différents PLFSS de ces dernières années, ils n'ont fait qu'entériner des ONDAM trop faibles pour redonner de l'air à l'hôpital.

Résultat, les grèves des blouses blanches se sont succédées et ont émaillé les dernières années. Et la presse régionale regorge de récits de combats épiques d'élus locaux pour sauver leur hôpital ou leur maternité.

Ce ne sont là que quelques exemples des nombreux dysfonctionnements, en grande partie purement administratifs, montrant que la machine est enrayée.

Dans ce contexte, comment faire face à d'éventuelles pandémies mondiales ? Au moment de la rédaction de cette proposition de loi, une deuxième vague de l'épidémie touche notre pays, amenant le Gouvernement à s'interroger sur de nouvelles mesures afin d'empêcher le risque de surcharge des hôpitaux. Après le confinement, l'idée d'un couvre-feu est maintenant sur la table. Qu'elles soient justifiées ou non, force est de constater qu'il s'agit de mesures extrêmes qui ne sont pas tenables à long terme.

Dans ce contexte, le groupe les Républicains souhaite proposer des solutions concrètes pour donner de la souplesse à notre système de santé.

L'article 1 propose donc un dispositif d'urgence, qui avait été déjà été refusé en juin 2020 par la majorité qui arguait alors que toute la souplesse nécessaire existait déjà dans les établissements de santé. Force est de constater que le vent de panique qui a accompagné la deuxième vague semble avoir prouvé le contraire. Le dispositif vise donc à mettre en place une autorisation immédiate et dérogatoire donnée aux directeurs d'établissements de procéder à toutes les créations de lits, de postes ou de spécialités rendues nécessaires par la sortie de crise sans habilitation préalable des Agences Régionales de Santé.

L'article 2 vise à instituer une « consultation infirmière de premiers recours » pour la prise en charge des affections bénignes ou des petites plaies, afin de décharger les services d'urgences, avec réorientation si besoin vers le médecin traitant.

Le nombre de passages aux urgences a été doublé en quelques années, il convient donc d'utiliser davantage les compétences des 600 000 infirmières, et le maillage territorial des 140 000 infirmiers libéraux, derniers professionnels de santé à se rendre quotidiennement au domicile des patients.

Il convient que la loi reconnaisse enfin les infirmiers comme composantes du premier recours, en cohérence avec la réalité de terrain de

ces professionnels de santé. La loi définit les soins de premier recours comme comprenant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé. Nombre de ces missions relèvent directement du rôle infirmier exercé quotidiennement sur le terrain, car les infirmiers jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins, les sorties d'hôpital etc.

L'article 3 vise à tirer toutes les leçons de la crise sanitaire en fixant une garantie de financement pérenne des établissements en cas de crise ou de menace sanitaire grave. Cette garantie de financement vise notamment à couvrir les fermetures d'établissements, de services ou d'unités de soins, les déprogrammations globales ou partielles d'activité ou encore les modulations d'activité.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① I – À compter de la promulgation de la loi n° du portant diverses mesures visant à améliorer la situation du système sanitaire français, et pour une durée de 12 mois, le directeur d'un établissement public de santé mentionné à l'article 6141-1 du code de la santé publique est autorisé de manière dérogatoire au chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans l'exercice des prérogatives qui lui sont conférées par l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, à procéder à la création, la conversion et le regroupement des activités de soins au sein de l'établissement public de santé afin d'adapter l'établissement à l'apparition d'une catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population et afin d'assurer la permanence des soins de la population dans ce contexte.
- ② Pendant la période mentionnée à l'alinéa précédent et uniquement pour les mesures tendant à satisfaire les objectifs qui y sont mentionnés, le pouvoir d'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé défini au chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique ne s'applique pas.
- ③ Dans le cadre de cette délégation de pouvoir réglementaire, le directeur de l'établissement pourra notamment procéder à toute ouverture de lit ou recrutement afin d'adapter l'offre de soins. Ces décisions sont prises après concertation avec le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire mentionné au *b*) du 5° de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique et après avis conforme de la commission médicale de l'établissement concerné.
- ④ L'intégralité des dépenses issues de l'application des dispositions du présent article font l'objet d'un financement d'office du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique sans conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- ⑤ II. - À l'issue de la période mentionnée au premier alinéa du présent article, les adaptations qui y sont mentionnées sont ajoutées par un avenant au schéma régional de santé prévu à l'article 1434-3 du code de la santé publique après avis consultatif du Conseil territorial de santé compétent mentionné à l'article 1434-10.

- ⑥ III. – À l’issue d’une période de dix mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l’impact de l’application du présent article.

Article 2

Au dernier alinéa de l’article L. 1411-11 du code de la santé publique après le mot « sociale, » sont insérés les mots : « , les infirmiers, ».

Article 3

- ① Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L. 162-22-1 ainsi rédigé :
- ② Lorsqu’une menace sanitaire grave est constatée ou que l’état d’urgence sanitaire est déclaré, les établissements de santé mentionnés à l’article L. 6111-1 du code de la santé publique bénéficient, par dérogation aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-18 et L. 162-23 du code de la sécurité sociale, d’une garantie de financement. Le niveau mensuel de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d’activité et des recettes perçues antérieurement par l’établissement, notamment au titre de ses activités.
- ③ Dans ce cadre, lorsque les recettes issues de leur activité sont inférieures au montant du niveau de cette garantie pour une période d’un mois, les établissements bénéficient du versement d’un complément de recettes leur permettant d’atteindre ce niveau.
- ④ Les dispositions de droit commun relatives à la tarification des établissements de santé s’appliquent sous réserve, le cas échéant, de l’adaptation des modalités de leur versement et des dispositions du premier alinéa.
- ⑤ Les modalités de détermination du niveau de la garantie, des dates et de sa durée de mise en œuvre ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d’assurance maladie sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 4

- ① I. – Les charges qui pourraient résulter pour l’État de l’application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d’une

taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

- ② II. – Les charges qui pourraient résulter pour les collectivités territoriales de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③ III. – Les charges qui pourraient résulter pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi sont compensées par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.