

N° 356

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 février 2021

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification,*

Par M. Alain MILON,

Sénateur

---

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Fêret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Patrick Boré, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Élisabeth Doineau, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Laurence Garnier, Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, M. Olivier Léonhardt, Mmes Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Dominique Théophile.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (15<sup>ème</sup> législ.) :** 3470, 3598 et T.A. 528

**Sénat :** 200 et 357 (2020-2021)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	7
I. UN TEXTE DONT LE CONTENU N'EST PAS À LA HAUTEUR DES AMBITIONS DE SON INTITULÉ .....	7
II. DES DISPOSITIONS POUR L'ESSENTIEL DE FAIBLE PORTÉE RELATIVES AUX PROFESSIONS DE SANTÉ ET À L'ACCÈS AUX SOINS.....	7
A. L'ABANDON PAR LES DÉPUTÉS DE LA CRÉATION, CONTESTÉE, D'UNE « PROFESSION MÉDICALE INTERMÉDIAIRE » AU PROFIT DE LA VOLONTÉ DE RENFORCER LES PRATIQUES AVANCÉES ET PROTOCOLES DE COOPÉRATION.....	7
1. Une disposition de « repli » sans portée, se limitant à solliciter un rapport.....	7
2. D'autres dispositions à l'opportunité discutable .....	8
B. DES AJUSTEMENTS PONCTUELS DES CHAMPS DE COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES ET MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES .....	8
C. LA CRÉATION DANS LA LOI, A MINIMA, DU « SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS » PORTÉ PAR LE PACTE DE REFONDATION DES URGENCES.....	8
III. UNE RÉFORME LARGEMENT INACHEVÉE DE LA GOUVERNANCE DES HÔPITAUX PUBLICS .....	9
A. UN PROBLÈME DE MÉTHODE .....	9
B. UN RECOURS INOCCASIONNEL AUX GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT).....	9
C. DES DISPOSITIONS RELATIVES AU RECRUTEMENT DES PRATICIENS HOSPITALIERS DE FAIBLE PORTÉE ET, POUR CERTAINES, PROVOCATRICES...10	
D. UNE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE REMANIÉE À LA MARGE .....	11
E. LE CONTRÔLE DU RECOURS ABUSIF À L'INTÉRIM MÉDICAL : UN VRAI PROBLÈME, UNE SOLUTION INADAPTÉE .....	11
IV. D'AUTRES DISPOSITIONS DE NATURE DIVERSE.....	12
EXAMEN DES ARTICLES .....	13
CHAPITRE I <sup>ER</sup> EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE ET PROTOCOLES DE COOPÉRATION.....	13
• <i>Article premier</i> Rapport d'évaluation sur la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération.....	13
• <i>Article 1<sup>er</sup> bis A</i> Coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale .....	19
• <i>Article 1<sup>er</sup> bis</i> Extension des protocoles locaux de coopération.....	20

---

• <i>Article 1<sup>er</sup> ter A</i> (nouveau) <b>Participation de représentants du ministre en charge du handicap au comité national des coopérations interprofessionnelles</b> .....	24
• <i>Article 1<sup>er</sup> ter</i> <b>Association de l'UNPS aux travaux sur les protocoles de coopération</b> .....	25

**CHAPITRE II ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SAGE-FEMME ET DE CERTAINS AUXILIAIRES MÉDICAUX**.....26

• <i>Article 2</i> <b>Possibilité pour les sages-femmes de prescrire des arrêts de travail de plus de quinze jours</b> .....	26
• <i>Article 2 bis</i> <b>Possibilité pour les sages-femmes de renouveler ou prolonger des arrêts de travail</b> .....	28
• <i>Article 2 quater</i> <b>Extension des capacités de prescription des sages-femmes en matière de dépistage et de traitement d'infections sexuellement transmissibles</b> .....	29
• <i>Article 2 quinquies A</i> <b>Extension du droit de prescription des sages-femmes en matière de produits de santé</b> .....	31
• <i>Article 2 quinquies B</i> <b>Dérogation au parcours de soins lorsqu'un patient est adressé par une sage-femme</b> .....	33
• <i>Article 2 quinquies</i> <b>Extension du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes aux produits de santé</b> .....	34

**CHAPITRE III RECRUTEMENT DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET MESURES DIVERSES D'EMPLOI DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**.....36

• <i>Article 3</i> <b>Simplification du recrutement des praticiens hospitaliers</b> .....	36
• <i>Article 4</i> <b>Expérimentation d'un processus de création de postes de praticien hospitalier au sein des groupements hospitaliers de territoire</b> .....	42
• <i>Article 4 bis</i> <b>Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de bénévoles dans les établissements de santé</b> .....	49
• <i>Article 4 ter</i> <b>Instauration d'un cadre légal pour l'intervention de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé</b> .....	51
• <i>Article 4 quater</i> <b>Lutte contre le cumul irrégulier d'activités par les agents des établissements publics de santé</b> .....	53

**CHAPITRE IV SIMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**.....58

• <i>Article 5</i> <b>Revalorisation de la place du service et le rôle du chef de service</b> .....	58
• <i>Article 5 bis</i> <b>Définition du projet médical</b> .....	64
• <i>Article 6</i> <b>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</b> .....	67
• <i>Article 6 bis</i> <b>Avis de la commission des soins infirmiers sur le programme d'investissement en équipements médicaux</b> .....	72
• <i>Article 7 (supprimé)</i> <b>Poursuite de l'intégration des groupements hospitaliers de territoire par le prisme des directions communes</b> .....	73
• <i>Article 7 bis</i> <b>Création d'un service d'accès aux soins</b> .....	76
• <i>Article 8</i> <b>Droit d'option des établissements publics de santé en matière de modalités d'organisation interne et de gouvernance</b> .....	82
• <i>Article 8 bis</i> <b>Participation de droit des parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé</b> .....	85
• <i>Article 9</i> <b>Élargissement de la composition du directoire des établissements publics de santé</b> .....	86

---

• Article 9 bis Situation de conflit d'intérêts .....	89
• Article 9 ter (nouveau) Élargissement du pouvoir de délibération du conseil de surveillance.....	92
• Article 10 Lutte contre les abus liés à l'intérim médical.....	93
• Article 11 Création d'un projet managérial à l'hôpital.....	97

<b>CHAPITRE V SIMPLIFICATION ET GOUVERNANCE DES ORGANISMES RÉGIS PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ .....</b>	<b>100</b>
• Article 12 Impossibilité pour les organismes régis par le code de la mutualité de fusionner avec des entités régies par d'autres codes.....	100
• Article 13 Possibilité pour les mutuelles de recourir aux visioconférences et au vote électronique en assemblée générale .....	102
• Article 13 bis Correction d'une erreur rédactionnelle dans le code de la mutualité .....	102
• Article 13 ter Modification des modalités de calcul des indemnités versées aux administrateurs des mutuelles ayant la qualité de travailleurs indépendants .....	103
• Article 13 quater Précision des cas dans lesquels les mutuelles sont considérées comme participant à des missions de service public .....	104

<b>CHAPITRE VI SIMPLIFICATION DES DÉMARCHES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....</b>	<b>106</b>
• Article 14 Création d'une plateforme numérique d'information et de services à destination des personnes handicapées.....	106
• Article 14 bis Rapport sur l'attractivité des postes de praticiens au sein des établissements de santé privés d'intérêt collectif.....	113
• Article 14 ter Rapport sur l'état des lieux sur la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes .....	114
• Article 15 (supprimé) Gage de recevabilité.....	115

<b>EXAMEN EN COMMISSION.....</b>	<b>117</b>
----------------------------------	------------

<b>I. AUDITION DU PR OLIVIER CLARIS, COORDONNATEUR DE LA MISSION SUR LA GOUVERNANCE ET LA SIMPLIFICATION HOSPITALIÈRES .....</b>	<b>117</b>
--	------------

<b>II. EXAMEN DU RAPPORT.....</b>	<b>143</b>
-----------------------------------	------------

<b>RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS ») .....</b>	<b>175</b>
---	------------

<b>LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES.....</b>	<b>177</b>
--	------------

<b>LA LOI EN CONSTRUCTION .....</b>	<b>185</b>
-------------------------------------	------------



## L'ESSENTIEL

### I. UN TEXTE DONT LE CONTENU N'EST PAS À LA HAUTEUR DES AMBITIONS DE SON INTITULÉ

*Faire confiance et simplifier* : la crise sanitaire a conduit à ériger ces objectifs fédérateurs au cœur des attentes exprimées par les acteurs de santé, notamment dans le cadre du « Ségur de la santé » dont les conclusions ont été rendues publiques en juillet 2020.

Dans ce contexte qui a éveillé de fortes attentes, la commission a constaté que cette proposition de loi engageait quelques évolutions intéressantes mais que **son ambition trop limitée suscitait la déception** en ne traduisant que très partiellement des recommandations issues du Ségur de la Santé ou de la mission présidée par le professeur Olivier Claris sur la gouvernance de l'hôpital.

Pour nombre d'acteurs, **le choc de confiance et de simplification attendu n'est pas au rendez-vous**. La commission regrette qu'en pleine crise sanitaire, sans en tirer les enseignements, le Gouvernement s'en remette à ce texte au **contenu disparate**, au prisme étroit - principalement ciblé sur l'organisation de l'hôpital public - **sans ligne directrice forte et dépourvue de vision stratégique** pour porter haut les objectifs affichés dans le Ségur.

### II. DES DISPOSITIONS POUR L'ESSENTIEL DE FAIBLE PORTÉE RELATIVES AUX PROFESSIONS DE SANTÉ ET À L'ACCÈS AUX SOINS

#### A. L'ABANDON PAR LES DÉPUTÉS DE LA CRÉATION, CONTESTÉE, D'UNE « PROFESSION MÉDICALE INTERMÉDIAIRE » AU PROFIT DE LA VOLONTÉ DE RENFORCER LES PRATIQUES AVANCÉES ET PROTOCOLES DE COOPÉRATION

##### 1. Une disposition de « repli » sans portée, se limitant à solliciter un rapport

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi, dans sa rédaction initiale, crée une « **profession médicale intermédiaire** » dont les contours - indéfinis - sont largement renvoyés au décret. Engagée sans concertation avec les professionnels intéressés et ne présentant pas d'articulation claire avec les métiers de santé existants, cette évolution a suscité l'opposition des professionnels de santé. L'Assemblée nationale en a abandonné le principe au profit d'un **état des lieux** préalable des autres « leviers efficaces et pertinents » à disposition, à savoir **des protocoles de coopération et de**

**l'exercice en pratique avancé** ouvert par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 et autorisé depuis 2018 aux infirmiers dans certains domaines d'intervention.

La commission partage cette position. Elle a cependant **supprimé l'article 1<sup>er</sup> vidé de toute portée**, considérant par ailleurs que le délai de remise prévu pour ce bilan, s'agissant de dispositifs n'ayant pas atteints leur pleine portée, risquait de manquer de recul.

## **2. D'autres dispositions à l'opportunité discutable**

La commission a **supprimé l'article 1er bis A** dont la place dans le texte est discutable et qui ne dissipe pas les inquiétudes quant à l'organisation souhaitée des acteurs de la santé scolaire.

Elle a exprimé des réserves à l'égard de la nouvelle évolution, proposée par **l'article 1<sup>er</sup> bis**, du cadre juridique des protocoles de coopération qui ne lève pas, en l'état, toutes les interrogations des professionnels de santé concernés. Elle a rétabli le cadre juridique issu de la loi « santé » de juillet 2019 abrogé avant d'avoir trouvé à s'appliquer.

### ***B. DES AJUSTEMENTS PONCTUELS DES CHAMPS DE COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES ET MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES***

La proposition de loi, dans ses **articles 2 à 2 quinquies**, engage plusieurs évolutions ponctuelles des compétences des sages-femmes et des masseurs-kinésithérapeutes, loin de répondre aux attentes légitimes de ces professionnels d'une revalorisation de leurs missions.

Si la commission a adopté les dispositions visant à assouplir la prescription et le renouvellement d'arrêts de travail par des sages-femmes (articles 2 et 2 bis), elle a **circonscrit la rédaction de l'article 2 quater** pour ne viser que le dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les partenaires des femmes suivies, à l'exclusion de leur traitement.

Elle a par ailleurs **supprimé l'article 2 quinquies B** sur l'adressage d'une patiente à un médecin spécialiste par une sage-femme, en considérant que cette mesure portait atteinte à la cohérence du parcours de soins coordonné.

### ***C. LA CRÉATION DANS LA LOI, A MINIMA, DU « SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS » PORTÉ PAR LE PACTE DE REFONDATION DES URGENCES***

**L'article 7 bis** introduit par l'Assemblée nationale donne une base législative au service d'accès aux soins expérimenté depuis janvier 2021 dans certains territoires. L'Assemblée nationale est revenue sur le principe contesté d'un numéro national unique dédié à la santé pour ménager plus de

souplesse dans les organisations retenues par les acteurs de terrain. Alors que les conditions de mise en œuvre du SAS appellent toutefois la vigilance des professionnels libéraux, la commission a apporté plusieurs **clarifications** soulignant notamment l'indispensable coopération entre professionnels ambulatoires et hospitaliers dans son organisation.

### III. UNE RÉFORME LARGEMENT INACHEVÉE DE LA GOUVERNANCE DES HÔPITAUX PUBLICS

#### A. UN PROBLÈME DE MÉTHODE

Au cours de l'examen des **chapitres III et IV de la présente proposition de loi**, la commission s'est émue de ce que les matières qui y étaient abordées pouvaient donner lieu à **plusieurs recoupements avec d'autres véhicules normatifs**.

D'une part, la proposition de loi traite de plusieurs sujets pour lesquels le Parlement, au cours de l'examen de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé (OTSS), a très largement **délégué au Gouvernement le pouvoir de légiférer par ordonnances** : c'est notamment le cas du recrutement des praticiens hospitaliers contractuels et de l'organisation de la gouvernance médicale des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les ordonnances préparées par le ministère de la Santé, sur lesquelles la commission des affaires sociales n'a à ce stade pas été consultée, doivent, en vertu du délai d'habilitation, être présentées avant la fin du mois de mars.

D'autre part, la proposition de loi, peinant manifestement à trouver le souffle que requerrait pourtant l'ambition de son titre, fait essentiellement acte de réforme en **hissant au niveau législatif des dispositions réglementaires existantes**. Ce « reclassement » législatif de mesures réglementaires présente l'inconvénient de tracer une « *une ligne de partage entre loi et règlement peu cohérente* »<sup>1</sup> et d'exposer leurs destinataires à des dissonances normatives ainsi qu'à une forme d'insécurité juridique.

#### B. UN RECOURS INOPPORTUN AUX GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)

Les **articles 4 et 7** de la proposition de loi attribuent au GHT un rôle déterminant dans la recomposition de l'offre territoriale de santé, en permettant que la mobilité des praticiens hospitaliers y soit facilitée et que des directions communes puissent être mises en place.

La commission a souhaité inscrire l'examen de ces articles dans le contexte plus général d'une appréciation de l'impact des GHT, sur laquelle elle avait demandé une étude à la Cour des comptes, publiée en octobre

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, avis sur la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail.

2020. Invitée à se prononcer sur la **méfiance générale exprimée à l'égard des GHT**, qui entraînerait la spécialisation des établissements parties dans des activités moins valorisées au seul profit de l'établissement support, la Cour avait défendu une position rassurante, qui n'a que partiellement convaincu la commission. Cette dernière estime en effet le modèle des GHT beaucoup trop récent pour qu'on puisse conclure avec certitude au bénéfice de ses impacts sur l'offre de soins.

Elle a tenu compte de l'inquiétude qui s'est notamment exprimée à l'Assemblée nationale au moment de l'examen en séance publique de l'article 7 et a, par conséquent, supprimé les dispositions prévoyant les cas où, dans le cadre du GHT, l'établissement support pouvait se substituer à l'établissement partie.

### **C. DES DISPOSITIONS RELATIVES AU RECRUTEMENT DES PRATICIENS HOSPITALIERS DE FAIBLE PORTÉE ET, POUR CERTAINES, PROVOCATRICES**

Derrière les simplifications de recrutement que prétend apporter l'**article 3**, la commission a souhaité rappeler que ce serait se méprendre gravement sur la crise des vocations de l'hôpital public que de réduire ses causes à la réticence qu'une procédure de recrutement exagérément complexe inspirerait aux candidats. Le rapport Claris, qui synthétise les causes de cette perte d'attractivité, identifie en effet les vrais leviers de recrutement dans **l'amélioration de la formation et les conditions de travail des étudiants et des internes**, sujets que la proposition de loi néglige d'aborder.

Par ailleurs, la commission a supprimé l'**article 4 quater**, dont elle estime qu'il constitue une véritable **provocation** à l'égard des praticiens hospitaliers. Elle a en effet jugé que ce dispositif, qui permet au directeur d'établissement de consulter un fichier de déclarations préalables à l'embauche pour contrôler les activités extérieures des praticiens, présentait une **atteinte disproportionnée à la protection de la vie privée** des personnes concernées et n'était pas propice à remplir l'objectif fixé par le Ségur de la santé, à savoir une plus grande fluidité des carrières.

La commission a également fait part de son intérêt pour plusieurs initiatives, qui pourront être discutées en séance publique, et qui concernent l'inégalité de traitement entre l'activité libérale exercée par un praticien hospitalier d'un établissement public de santé et l'activité libérale exercée par un praticien salarié d'un établissement de santé privé à intérêt collectif (ESPIC)

#### **D. UNE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE REMANIÉE À LA MARGE**

La commission s'est montrée très favorable à l'**article 5** qui clarifie le **rôle du chef de service** dans le sens souhaité par la grande majorité des praticiens hospitaliers. Elle a néanmoins corrigé quelques faiblesses de rédaction, qui risquaient de rendre le dispositif partiellement inopérant, et apporté plusieurs compléments concernant :

- le **risque de blocage** qui résultait d'une nomination par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement ;

- la **sécurisation des compétences du chef de service** sur les domaines que l'article 5 lui réserve, afin d'éviter les chevauchements possibles avec celles des chefs de pôle ;

- l'association du chef de service au **projet médical partagé (PMP)** élaboré dans le cadre du GHT ;

- enfin, l'approfondissement de la **délégation de gestion** au sein de l'établissement.

La commission a également apporté plusieurs modifications à l'**article 6**, estimant que ce dernier n'apportait pas de solution substantielle au défaut d'attractivité de l'hôpital public pour les **personnels paramédicaux** et dont les auditions du rapporteur ont révélé qu'il était en grande partie lié à un défaut de représentation auprès de la direction. Aussi, la commission a adopté un amendement prévoyant l'inscription de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) au rang des organes représentatifs de l'établissement public de santé ainsi que l'**élection de son président par ses membres**.

Concernant l'ouverture du directoire prévue à l'**article 9**, la commission, favorable à l'idée, a néanmoins adopté deux amendements précisant que seuls des représentants d'usagers pourraient ponctuellement y être associés.

Elle a enfin supprimé l'**article 11**, par lequel la proposition de loi prévoyait d'alourdir le projet d'établissement d'un volet relatif au management et à la gouvernance, que rien n'empêche les gestionnaires de mettre en œuvre en l'état actuel.

#### **E. LE CONTRÔLE DU RECOURS ABUSIF À L'INTÉRIM MÉDICAL : UN VRAI PROBLÈME, UNE SOLUTION INADAPTÉE**

L'**article 10** propose de renforcer la lutte contre les abus liés à l'intérim médical en attribuant aux comptables publics d'établissement un rôle d'alerte du directeur général de l'ARS en cas de dépassement du plafond d'emploi intérimaire autorisé.

La commission a apprécié l'intention de l'article tout en trouvant fort 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.

En conséquence, elle a réécrit l'article en privilégiant un renforcement du contrôle budgétaire *a priori* exercé par le directeur général de l'ARS.

#### **IV. D'AUTRES DISPOSITIONS DE NATURE DIVERSE**

La commission a **supprimé l'article 4 bis** autorisant la participation de **bénévoles à titre individuel** dans les établissements de santé, en réaffirmant le rôle essentiel des associations dans la formation de ces intervenants et pour prévenir les risques de dérive notamment sectaire.

Concernant les dispositions du **chapitre V relatif aux organismes régis par le code de la mutualité**, la commission, considérant que le motif selon lequel une mutuelle réserve par priorité les services qu'elle fournit à ses adhérents n'était pas suffisant pour ne pas qualifier certaines de ses missions comme d'intérêt général, a **supprimé l'article 13 quater**, qui prévoyait qu'une mutuelle n'exerçait une mission de service public qu'en cas de désignation explicite par le législateur ou par délégation de service public.

La commission a adopté l'**article 14** créant une plateforme numérique de services destinés aux personnes en situation de handicap et autorisant la Caisse des dépôts, qui gère déjà depuis le printemps 2020 le portail d'information « Mon parcours handicap » préfigurant cette plateforme, à manipuler les données à caractère personnel des usagers. La commission a simplement précisé que la mise en cohérence nécessaire des textes réglementaires serait précédée d'une saisine de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

**La commission a adopté la proposition de loi ainsi modifiée et supprimé 10 articles sur 37.**

## EXAMEN DES ARTICLES

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

#### EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE ET PROTOCOLES DE COOPÉRATION

##### *Article premier*

#### **Rapport d'évaluation sur la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération**

*Cet article, dans la rédaction initiale de la proposition de loi, pose les bases à la création d'une profession médicale intermédiaire exercée par des auxiliaires médicaux. L'Assemblée nationale a supprimé cette disposition, contestée par les professionnels de santé, pour y substituer une demande de rapport au Parlement dressant un état des lieux des pratiques avancées et protocoles de coopération.*

*La commission a supprimé cet article privé de réelle portée.*

#### **I – Un dispositif initial contesté : la création d'une profession médicale intermédiaire aux contours indéfinis**

- Dans la rédaction initiale de la proposition de loi, cet article inscrit au sein du code de la santé publique un titre nouveau relatif à une « profession médicale intermédiaire » dont l'exercice est ouvert à des auxiliaires médicaux<sup>1</sup> selon des conditions renvoyées à un décret en Conseil d'État. Dans l'attente des « conclusions du rapport des conseils nationaux des ordres des infirmiers et des médecins » sur la base desquelles serait pris ce décret, les contours de cette profession ne sont pas précisément définis : le rapport établi au nom de la commission des affaires sociales par l'auteur de la proposition de loi précise ainsi que le texte proposé ne préjuge pas « du nom exact de cette profession ou des missions précises qui lui seront confiées ».

---

<sup>1</sup> Les auxiliaires médicaux visés par le code de la santé publique (Livre III de la quatrième partie) sont : les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes et psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et les diététiciens.

De même, la définition des domaines d'intervention ainsi que des conditions et règles d'exercice de cette profession, est renvoyée à un décret pris « *après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés* ».

- Cette disposition a vocation à traduire la **mesure 7 du Ségur de la santé** dont les conclusions ont été présentées par le ministre en charge de la santé en juillet 2020<sup>1</sup> : celle-ci préconise le lancement d'une « réflexion » sur la création d'une telle profession médicale intermédiaire, ciblée sur le milieu hospitalier, en associant les ordres professionnels et en concertation avec l'ensemble des acteurs. Cette mesure inscrite dans le dossier de presse du Ségur ne constituait pas cependant une recommandation du rapport remis simultanément par la mission coordonnée par Nicole Notat.

- **La création précipitée d'une profession médicale intermédiaire aux contours mal cernés, sans concertation préalable avec les acteurs concernés, a suscité toutefois de vives critiques chez une grande partie des représentants des professionnels de santé tant hospitaliers que libéraux.**

L'Ordre des médecins, dans un communiqué du 13 novembre 2020, a indiqué n'avoir reçu aucune lettre de mission pour le pilotage d'une mission exploratoire avec le conseil national de l'Ordre des infirmiers et ne pas souhaiter conduire une telle mission sur la création d'une nouvelle profession unanimement rejetée par les représentants de médecins, des universités, du collège de médecine générale et des conseils nationaux professionnels. D'autres professions de santé, à l'instar des masseurs-kinésithérapeutes, ont justement relevé qu'une telle mission ne saurait être circonscrite à ces deux professions de médecins et d'infirmiers.

---

<sup>1</sup> Le dossier de presse du Ségur de la santé, à l'appui de cette mesure, dresse le constat suivant, sous la forme d'une citation : « Notre hôpital manque de médecins, de longue date. A chaque fois qu'un patient a besoin d'une radio ou d'une prescription de médicament, je dois appeler le médecin de garde pour qu'il vienne prescrire sur notre logiciel de service. Infirmière depuis 20 ans dans l'unité de soins, je ne peux pourtant pas le faire moi-même. Avant, nous avions un interne, c'était plus pratique. Ça évitait de prendre du temps à nos médecins, déjà débordés. L'an dernier, un médecin diplômé de Guinée était venu, lui avait le droit de prescrire. Dommage qu'en France, on n'ait personne entre le bac + 3 de l'infirmière et le bac + 10 du docteur. »

La réflexion autour d'une profession intermédiaire médico-soignante, dont certains directeurs d'hôpitaux perçoivent aujourd'hui l'intérêt, n'est pas nouvelle : dans un contexte marqué par les pathologies liées au vieillissement, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique, elle était au cœur d'un rapport remis en janvier 2011 aux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur par Laurent Hénart, le Pr Yvon Berland et Danielle Cadet<sup>1</sup>.

Elle s'inscrit toutefois, depuis, dans un paysage renouvelé avec l'inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 des auxiliaires médicaux en pratiques avancées.

Les critiques formulées par les représentants des professionnels de santé ont conduit les députés à abandonner le principe de la création de cette profession intermédiaire, proposition que la rapporteure a jugée « *sans doute prématuré[e]* », au profit d'un état des lieux préalable des autres « *leviers efficaces et pertinents* » à disposition.

## **II - Un article largement remanié par l'Assemblée nationale : l'abandon de la création de la profession médicale intermédiaire au profit d'un bilan des pratiques avancées et protocoles de coopération**

- **En commission**, une nouvelle rédaction globale de l'article a été actée par l'adoption de deux amendements identiques présentés par la rapporteure ainsi que par Jean-Louis Tourenne et les membres du groupe La République en marche<sup>2</sup>.

Celle-ci tend à solliciter un rapport du Gouvernement au Parlement dressant un état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération. Ce rapport devra faire des propositions pour accélérer le déploiement de ces dispositifs, les simplifier et les améliorer, dans le double objectif d'un décloisonnement des professions de santé et d'un meilleur accès aux soins. Sa remise est attendue dans un délai d'un an à compter de la publication de la loi.

---

<sup>1</sup> « Rapport relatif aux nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », rapport à Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé, présenté par Laurent Hénart, député de Meurthe-et-Moselle, Yvon Berland, professeur de médecine, président de l'Université Aix-Marseille II et Danielle Cadet, coordinatrice générale des soins à l'APH-HP, janvier 2011.

<sup>2</sup> La commission a également adopté, par coordination, un amendement de sa rapporteure modifiant l'intitulé du chapitre Ier du projet de loi.

### **L'exercice en pratique avancée et les protocoles de coopération**

#### **• *Les pratiques avancées, une possibilité ouverte par la loi « santé » de 2016, appliquée depuis aux seuls infirmiers dans certains domaines d'intervention***

L'article 119 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a ouvert la possibilité pour les auxiliaires médicaux d'exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant, au sein d'une équipe de soins en établissement de santé ou médico-social coordonnée par un médecin ou en assistance d'un médecin spécialiste en pratique ambulatoire.

Cette pratique s'adresse en priorité 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.

Plusieurs textes réglementaires (*décrets n° 2018-629 et 2018-633 du 18 juillet 2018* et arrêtés publiés à la même date) ont précisé les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, les prérogatives élargies correspondantes et les conditions du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Trois domaines sont concernés : les pathologies chroniques stabilisées (suivant une liste établie par arrêté, comportant notamment l'accident vasculaire cérébral, la cardiopathie, le diabète de type 1 et 2, l'insuffisance respiratoire chronique, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, l'épilepsie) ; l'oncologie et hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

Le décret n° 2019-836 du 12 août 2019 a étendu ces domaines d'intervention à la psychiatrie et santé mentale.

D'après les données de la DGOS, 57 infirmiers de pratique avancée ont été diplômés pour la première fois en juillet 2019 ; ils sont à ce jour 549. Un nouveau domaine d'intervention - la médecine d'urgence - fait l'objet de travaux pour une ouverture de la mention dédiée en septembre 2021.

#### **• *Les protocoles de coopération, un levier pour réorganiser les modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient***

Institués par l'article 51 de la loi « HPST » du 21 juillet 2009, ces protocoles permettent aux professionnels de santé d'opérer des transferts d'activités ou d'actes de soins entre eux. Si la majorité concerne la pratique en établissements de santé, le dispositif de coopération entre médecins généralistes et infirmiers, Action de santé libérale en équipe (Asalée), concerne environ 700 infirmiers et 3 000 médecins et permet d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques grâce à l'éducation thérapeutique et à une délégation d'actes.

Le cadre juridique de ces protocoles a été rénové par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019.

Depuis fin 2019, au titre de ce nouveau dispositif, 12 protocoles nationaux ont été autorisés et trois autres sont en cours d'autorisation. 40 protocoles conclus avant 2019 devraient être prolongés en tant que protocoles nationaux.

• **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<sup>1</sup>, adoptés avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement) ;

- pour intégrer à l'évaluation ainsi sollicitée une **réflexion sur les questions de formation et de rémunérations**, afin de contribuer en particulier au développement des pratiques avancées (amendement de Jean-Louis Tourenne et des membres du groupe La République en marche, sous-amendé par Marie Tamarelle-Verhaeghe pour substituer à la notion d'accès aux « soins » celle d'accès à la « santé » et par la rapporteure pour des précisions rédactionnelles, adopté ainsi modifié 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, notamment en vue de réformer les référentiels de ces formations, d'améliorer l'accès à ces formations et de poursuivre leur universitarisation* » (amendement présenté par Annie Chapelier et des membres du groupe Agir ensemble, adopté avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement). Pour les auteurs de l'amendement, cette évaluation vise à permettre l'harmonisation de la formation et des statuts de différentes professions non médicales (kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, orthésistes, manipulateurs-radio, ergothérapeutes...) dont les formations ne correspondent plus toujours aux réalités du terrain, et dont l'« universitarisation » s'effectue au cas par cas et dans un manque de cohérence ;

- pour préciser que ce rapport « *étudie également la possibilité d'accompagner la délégation de tâches avec un transfert des responsabilités* » (amendement présenté par Julien Borowczyk, adopté contre les avis défavorables de la commission et du Gouvernement). Pour l'auteur de l'amendement, cette précision se justifie dans la mesure où les soignants doivent être responsables des actes qu'ils pratiquent, « *sans couverture d'une délégation purement subsidiaire* ». La rapporteure y a opposé le fait que l'infirmier en pratique avancée est déjà responsable des actes qu'il réalise dans le cadre de ses fonctions.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Amendements présentés par Dino Cinieri, Les Républicains, Thibault Bazin, Les Républicains, Jeanine Dubié, Libertés et Territoires, Gisèle Biémouret, Socialistes et apparentés, et Sereine Mauborgne, La République en marche.

### III - La position de la commission : la suppression d'un article vidé de toute portée

- **Le rapporteur rejoint les critiques légitimes exprimées par les professionnels de santé à l'égard de la création d'une profession médicale intermédiaire, envisagée sans concertation avec les acteurs concernés et sans articulation claire avec les métiers existants. Il se rallie au retrait opportun de cette mesure du texte de la proposition de loi.**

Évoquant pour certains les anciens « officiers de santé » et des risques d'une médecine à deux vitesses, la création d'une nouvelle profession qui ajouterait une nouvelle « strate » serait susceptible en outre de brouiller la lisibilité d'un système de santé dont l'organisation est déjà complexe à appréhender. Elle se superposerait à l'exercice en pratique avancée qui commence à peine et timidement à se déployer, en étant pour l'instant limité aux seuls infirmiers.

De l'avis de nombreux représentants entendus, une priorité serait déjà de travailler sur les contours des métiers de santé et les missions socles des professions existantes, souvent trop méconnues et insuffisamment valorisées, ou encore de poursuivre le déploiement de l'exercice avancé à d'autres auxiliaires médicaux, par exemple les masseurs-kinésithérapeutes qui attendent l'ouverture de discussions à ce sujet, en s'attachant à renforcer l'attractivité de cette pratique en termes de rémunération ou de conditions d'exercice. Le déploiement d'outils simples et interopérables de coordination, suivant des préconisations concrètes formulées en ce sens par la mission Notat, pourrait contribuer à rendre plus efficace la coopération entre les différents acteurs intervenant auprès d'un patient.

- **S'il est certes préférable de dresser le bilan des dispositifs existants, dont le déploiement n'a pas encore porté ses pleins effets, avant d'envisager toute nouvelle évolution potentiellement déstructurante, la disposition « de repli » inscrite par l'Assemblée nationale - une demande de rapport - présente une rédaction confuse et une portée marginale.**

Ce rapport est sollicité dans un délai relativement court de 6 mois alors même que les dispositifs visés n'ont pas encore atteints, à ce jour, leur pleine portée ou ont fait l'objet de récentes réformes, s'agissant des protocoles de coopération faisant par ailleurs, avant même les conclusions de ce rapport, l'objet d'une nouvelle refonte à l'article 1<sup>er</sup> bis ci-après : le bilan sollicité risque ainsi de manquer de recul.

Dans tous les cas, suivant la position habituelle de la commission concernant les demandes de rapport, cette disposition sans portée normative n'a pas à figurer dans un texte de loi, *a fortiori* au sein d'un article premier tendant à l'ériger en l'une des dispositions phares du texte.

**La commission a adopté les amendements COM-74 de son rapporteur et COM-42 de Bernard Jomier et des membres du groupe socialiste, écologiste et républicain de suppression de l'article.**

**La commission a supprimé cet article.**

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

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à affirmer le principe de travail en coopération des professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale chargés de contribuer aux missions de promotion de la santé à l'école.*

*La commission a supprimé cet article.*

**I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : affirmer la coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale**

Cet article modifiant le code de l'éducation a été inséré par l'Assemblée nationale par l'adoption, en séance publique, d'un amendement présenté par Marie Tamarelle-Verhaeghe (La République en marche), sous-amendé par le Gouvernement.

D'après son exposé sommaire, il vise à « rendre effective la coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale » qui « reste l'un des derniers champs d'action où la coordination des professionnels n'est pas formalisée », induisant des pratiques hétérogènes sur le territoire et des carences en termes de cohérence des prises en charge pointées par la Cour des comptes dans un rapport de mai 2020 sur la politique de santé scolaire.

Le 1<sup>o</sup> complète la liste des professionnels chargés de contribuer « en priorité » aux missions de promotion de la santé à l'école telles que définies à l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation : celle-ci est étendue des médecins et infirmiers de l'éducation nationale - actuellement visés - aux « professionnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée ». Le sous-amendement du Gouvernement a substitué à la notion de travail en « équipes pluri-professionnelles » des professionnels, susceptible d'évoquer

chez certains un fonctionnement hiérarchisé, celle de travail « ensemble de manière coordonnée »<sup>1</sup>.

Le 2° modifie « en miroir » l'article L. 541-1 du même code, précisant en outre que « *l'ensemble des personnels de la communauté éducative* » participe à la mission de promotion de la santé des élèves.

## **II - La position de la commission : la suppression de l'article**

Cet article répond à une ambition légitime. Il présente toutefois une portée limitée et ne lèvera en rien les difficultés liées aux carences en effectifs de médecins, infirmiers ou encore psychologues scolaires dans les écoles, collèges et lycées, pointées depuis de nombreuses années.

En outre, le texte tel qu'adopté par l'Assemblée nationale ne permet pas de dissiper toutes les inquiétudes quant à l'organisation souhaitée des acteurs de la santé scolaire, remettant en question le travail important de coordination fourni notamment par les infirmiers de l'éducation nationale.

Enfin, la justification de la place de cet article dans une proposition de loi relative au système de santé est discutable.

**Pour ces raisons, la commission a adopté l'amendement COM-75 de son rapporteur de suppression de l'article.**

**La commission a supprimé cet article.**

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

#### **Extension des protocoles locaux de coopération**

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, complète le cadre juridique applicable aux protocoles locaux de coopération entre professionnels de santé pour étendre les dispositions en vigueur au sein des équipes hospitalières aux professionnels de santé exerçant en ambulatoire, à ceux exerçant dans des établissements médico-sociaux et, enfin, entre des professionnels de santé exerçant à la fois en ambulatoire et dans un ou plusieurs établissements de santé ou médico-sociaux.*

*La commission a proposé une nouvelle rédaction de cet article tendant à revenir au cadre juridique des protocoles locaux issu de la loi « santé » de juillet 2019, abrogé avant d'avoir pu entrer en application.*

---

<sup>1</sup> Ce sous-amendement a également supprimé la modification identique à celle inscrite à l'article L. 541-1 du code de l'éducation qu'il était proposé d'introduire en miroir dans le code de la santé publique à l'article L. 2325-1 relatif aux visites médicales obligatoires des enfants.

## **I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la définition d'un nouveau cadre juridique pour l'établissement de protocoles locaux de coopération en ville ou en établissement médico-social**

Cet article a été introduit par l'Assemblée nationale, lors de l'examen du texte en commission, par l'adoption d'un amendement de sa rapporteure.

Il complète le cadre juridique applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, déjà remis à plat par la loi « santé » de juillet 2019<sup>1</sup> et ajusté par la loi « ASAP » de décembre 2020<sup>2</sup>, en complétant les dispositions du code de la santé publique de huit nouveaux articles (L. 4011-4-1 à L. 4011-4-8).

### **A. Les protocoles de coopération : un cadre juridique mouvant**

Institués par l'article 51 de la loi « HPST » 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.

• **Afin de rendre ces démarches plus opérationnelles et d'en favoriser le déploiement, la loi « santé » de juillet 2019 a engagé la refonte d'un cadre juridique perçu comme complexe et lourd<sup>3</sup>, en distinguant deux types de procédures :**

- des « protocoles nationaux » (article L. 4011-3) à déployer sur l'ensemble du territoire et auxquels peuvent adhérer les professionnels de santé volontaires, suivant une liste de priorités proposée par un comité national des coopérations interprofessionnelles réunissant des représentants de l'assurance maladie, de la HAS, des ministères concernés et des ARS. Les protocoles autorisés sur cette base concernent par exemple les interventions suivantes : réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin ; prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville ou de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ; première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences, etc. ;

- des « protocoles expérimentaux locaux » (article L. 4011-4), laissés à l'initiative des professionnels de santé et intégrés au cadre général d'expérimentations à dimension régionale instauré par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qui concerne leurs conditions d'instruction, d'autorisation et d'évaluation.

---

<sup>1</sup> Article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>2</sup> Articles 96 et 97 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

<sup>3</sup> Comme le rapporteur l'avait mis en avant dans un rapport d'information établi au nom de la commission des affaires sociales en janvier 2014 avec Catherine Génisson (rapport n° 318).

• **Le dispositif des « protocoles expérimentaux locaux » a été dans un second temps réécrit par l'article 97 de la loi « ASAP », issu d'un amendement du Gouvernement** adopté par l'Assemblée nationale en première lecture alors que le Sénat avait été saisi en premier de ce texte.

Cet article a proposé une nouvelle rédaction de l'article L. 4011-4 du code de la santé publique afin de permettre une application de la **mesure 9 du plan « Investir pour l'hôpital »** du 20 novembre 2019 visant à faire confiance aux équipes de soins pour accélérer le déploiement des protocoles de coopération et à engager, d'après l'exposé sommaire de l'amendement, « *une simplification majeure* » pour leur élaboration et leur mise en œuvre.

Il ouvre ainsi la possibilité pour des professionnels de santé exerçant en établissement de santé public ou privé ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) d'élaborer et mettre en œuvre à leurs niveaux de tels protocoles sur décision du directeur de l'établissement - après avis conforme des instances médicales compétences - et après une déclaration auprès de l'ARS. Comme les protocoles nationaux, ces protocoles doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et de sécurité fixées par voie réglementaire après avis de la HAS<sup>1</sup>.

Le rapport de la mission présidée par le Pr Claris sur la gouvernance hospitalière constatait également des processus trop longs pour apporter des bénéfices rapides pour les prises en charge et appelait à une simplification et une décentralisation du recours aux protocoles de coopération. Il proposait à cet égard une instruction à l'échelon régional, prenant appui sur un comité interprofessionnel régional, composé de représentants des établissements (médicaux et paramédicaux), des ordres et des URPS.

La procédure issue de la loi ASAP a retenu des modalités différentes, se substituant à celle jusqu'alors prévue pour les expérimentations de dimension régionale (sélection par l'ARS sur la base d'un cahier des charges voire d'un appel à projets, autorisation par arrêté du directeur général de l'ARS après le cas échéant avis conforme de la HAS).

**Cette simplification s'est toutefois accompagnée d'un recentrage de ces dispositions sur les seules équipes hospitalières, alors que les dispositions issues de la loi « santé » de 2019 visaient tous les professionnels de santé travaillant en équipe.**

D'après la DGOS, aucun protocole local n'avait été mis en place depuis 2019 sur la base de ces dispositions. Lors de la loi ASAP, la priorité allait au déploiement des protocoles à l'hôpital sans que l'hypothèse de leur déclinaison à la ville soit alors suivie d'effet dans le contexte de mobilisation de ses acteurs par la crise sanitaire.

---

<sup>1</sup> Ces exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé ont été définies par le décret n° 2019-1482 du 27 décembre 2019.

***B. La proposition de loi étend des dispositions recentrées par la loi ASAP sur le seul cadre hospitalier aux acteurs de la ville et du médico-social***

L'article 1<sup>er</sup> bis décline la procédure introduite par la loi ASAP à l'article L. 4011-4 du code de la santé publique pour les équipes de professionnels de santé hospitalières aux acteurs suivants :

- les professionnels de santé exerçant au sein des équipes de soins primaires, des équipes de soins spécialisés et des communautés professionnelles territoriales de santé, à condition que celles-ci soient signataires d'un accord conventionnel interprofessionnel avec l'assurance maladie. Le protocole est alors intégré à leur projet de santé ;

- les professionnels de santé exerçant dans un même établissement médico-social public ou privé, sur direction du directeur et, pour les Ehpad, après avis conforme de la commission de coordination gériatrique ;

- les professionnels de santé exerçant à la fois en ambulatoire dans le cadre d'une équipe de soins ou CPTS, dans un ou plusieurs établissements de santé ou médico-sociaux, sur décision des « entités décisionnaires » concernant chacune de ces catégories de professionnels.

Dans tous les cas, les protocoles ainsi conclus ne sont valables qu'au sein de l'équipe ou de l'établissement qui en est à l'initiative.

Ces protocoles font l'objet d'une déclaration au directeur général de l'ARS et d'un suivi annuel sur la base d'indicateurs par les responsables concernés. Leur déploiement sur l'ensemble du territoire, en tant que protocole national, pourra être proposé par l'équipe instigatrice, après un examen par le comité national des coopérations interprofessionnelles et un avis conforme de la HAS.

**II - La position de la commission : éviter une nouvelle évolution du cadre juridique des protocoles de coopération qui ne lève pas, en l'état, toutes les interrogations des professionnels de santé concernés**

Pour le rapporteur, il est étonnant de placer sous l'aune de la confiance et de la simplification recherchés par ce texte une nouvelle refonte des protocoles de coopération, la troisième en moins de deux ans.

La rédaction proposée, créant huit nouveaux articles au sein du code de la santé publique, ne traduit pas spontanément l'exigence de souplesse recherchée. Pour les professionnels exerçant en ville, le dispositif se limite aux professionnels structurés en équipes de soins ou communautés professionnelles territoriales de santé ayant conclu un accord conventionnel avec l'assurance maladie, ce qui en limitera la portée. Dans le secteur médico-social, ils n'incluent pas les services tels que les SIAAD (service intervention aide à domicile) travaillant en étroite coopération avec les établissements. En outre, des acteurs ordinaires, notamment le conseil national de l'ordre des médecins et celui des sages-femmes, ont émis des

réerves quant à l'absence de regard extérieur sur les protocoles établis, au regard des exigences de qualité et de sécurité des soins, et quant aux disparités de pratiques qui en résulteront.

Il apparaît souhaitable pour le rapporteur d'avoir plus de recul sur la refonte des protocoles locaux à l'hôpital engagée par la loi ASAP avant d'étendre le dispositif aux autres acteurs, en concertation avec eux. A cet égard, il est étonnant que la proposition de loi porte à la fois cette réforme et, dans son article 1<sup>er</sup>, affiche l'objectif de dresser le bilan des protocoles de coopération en vue de simplifier - une nouvelle fois - ce dispositif.

Dans la mesure cependant où la loi ASAP a supprimé toute possibilité pour les professionnels de santé n'exerçant pas au sein d'un établissement de santé de prendre l'initiative de tels protocoles locaux, **la commission a adopté l'amendement COM-76 de son rapporteur visant à rétablir, pour les acteurs de l'ambulatoire et du secteur médico-social, dans l'attente d'un éventuel réexamen, les dispositions issues de la loi « santé » de juillet 2019 qui n'avaient pas encore trouvé le temps de s'appliquer.**

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Article 1<sup>er</sup> ter A (nouveau)*

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

La commission a adopté, avec l'avis favorable du rapporteur, **l'amendement COM-46** de Bernard Jomier et des membres du groupe socialiste, écologiste et républicain, tendant à insérer un article additionnel.

Celui-ci modifie l'article L. 4011-3 du code de la santé publique afin d'intégrer dans la composition du comité national des coopérations interprofessionnelles, chargé de se prononcer sur le déploiement des protocoles nationaux de coopération entre professionnels de santé, des représentants du ministre en charge du handicap. Cela vise à mieux prendre en compte les enjeux de prise en charge et d'accès aux soins des personnes en situation de handicap dans ces protocoles.

**La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.**

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

**Association de l'UNPS aux travaux sur les protocoles de coopération**

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'associer l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) aux travaux du comité national des coopérations interprofessionnelles chargé du pilotage des protocoles nationaux de coopération entre professionnels de santé.*

*La commission l'a adopté sans modification.*

**I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : associer l'UNPS aux travaux du comité national des coopérations interprofessionnelles**

Cet article a été inséré en séance publique, avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement, à l'initiative d'Annie Vidal et des membres du groupe La République en marche.

Il complète l'article L. 4011-3 du code de la santé publique relatif au comité national des coopérations interprofessionnelles, institué par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de juillet 2019 à l'occasion de la refonte du cadre juridique des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ce comité, qui réunit des représentants de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des services ministériels et des agences régionales de santé, est chargé de proposer la liste des protocoles nationaux de coopération à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire et d'apporter un appui aux professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles.

Les conseils nationaux professionnels<sup>1</sup> (CNP) et les ordres des professions concernées sont associés aux travaux de ce comité, cette précision étant issue d'un amendement adopté au Sénat lors de la discussion du projet de loi « santé » en 2019.

Cet article étend ces dispositions à l'Union nationale des professions de santé (UNPS) afin d'associer également aux travaux de ce comité cette organisation interprofessionnelle réunissant, aux termes de l'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale, des représentants de l'ensemble des professions de santé libérales.

---

<sup>1</sup> Les conseils nationaux professionnels, mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique, regroupent, pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, les sociétés savantes et les organismes professionnels. Le décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 assigne notamment à ces conseils la mission de « contribuer à analyser et à accompagner l'évolution des métiers et des compétences des professionnels de santé ».

## **II - La position de la commission : une disposition permettant d'impliquer des représentants de professionnels libéraux**

L'UNPS, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, regroupe 22 organisations syndicales de professionnels de santé en exercice libéral et représente 12 professions de santé<sup>1</sup>. Elle a notamment pour buts d'émettre des propositions relatives à l'organisation du système de santé ainsi qu'à tout sujet d'intérêt commun aux professions de santé, ainsi que des avis sur des propositions de décisions de l'Uncam.

Le rapporteur ne voit pas d'opposition à associer cette organisation aux travaux sur les protocoles de coopération, certaines professions de santé représentées au sein de l'UNPS étant par ailleurs dépourvues d'une instance ordinale ou d'un conseil national professionnel.

**La commission a adopté cet article sans modification.**

## **CHAPITRE II**

### **ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SAGE-FEMME ET DE CERTAINS AUXILIAIRES MÉDICAUX**

#### *Article 2*

#### **Possibilité pour les sages-femmes de prescrire des arrêts de travail de plus de quinze jours**

*Cet article tend à assouplir les conditions de prescription d'arrêts de travail par des sages-femmes. Dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale, il supprime toute limitation de durée des arrêts ainsi prescrits.*

*La commission l'a adopté sans modification.*

#### **I - Le dispositif initial : le renvoi à des référentiels de prescription plutôt qu'à une durée limite fixée par décret**

Cet article, dans la rédaction initiale de la proposition de loi, modifie l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale selon lequel (5°) la constatation de l'incapacité physique pour l'octroi d'indemnités journalières relève du médecin prescripteur de l'arrêt initial, du médecin traitant ou, « dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret », de la sage-femme.

---

<sup>1</sup> Ces professions sont les suivantes : audioprothésistes, chirurgiens-dentistes, biologistes responsables, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, médecins généralistes et spécialistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens titulaires d'officine, transporteurs sanitaires, sages-femmes.

Les modalités de prescription des arrêts de travail par les sages-femmes sont précisées aux articles D. 331-1 et D. 331-2 du code de la sécurité sociale : ces prescriptions concernent une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique et la durée de l'arrêt de travail prescrit ne peut excéder quinze jours calendaires<sup>1</sup>, sans possibilité de faire l'objet d'un renouvellement ou d'une prolongation au-delà de ce délai.

D'après les indications de la DGOS, environ 20 700 arrêts de travail ont été prescrits par une sage-femme en 2019 pour une durée moyenne de 9 jours ; environ la moitié d'entre eux sont prolongés par un médecin.

Cet article remplace la notion de durée limite par le renvoi à des « référentiels de prescription » fixés par décret.

## **II - L'Assemblée nationale a supprimé toute limitation de durée des arrêts de travail prescrits par des sages-femmes**

La rédaction de cet article a été modifiée par la commission à l'initiative de sa rapporteure. Le renvoi à des référentiels de prescription, jugé « problématique », a été supprimé et remplacé par la suppression de toute limitation de durée des arrêts de travail prescrits par une sage-femme.

Il s'agit, comme l'a indiqué la rapporteure lors des débats, d'une « *disposition de bon sens et d'équité* » rétablissant l'égalité avec les autres professions médicales (médecins et chirurgiens-dentistes) qui ne sont pas soumises à une limitation de durée des arrêts de travail prescrits.

## **III - La position de la commission : une reconnaissance limitée mais bienvenue du caractère médical de la profession de sage-femme**

Les sages-femmes sont une profession médicale dont les conditions d'exercice sont encadrées par la loi - articles L. 4151-1 et suivants du code de la santé publique - et le code de déontologie de la profession. Ces dispositions prévoient notamment qu'en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou ses suites, « *la sage-femme doit faire appel à un médecin* » (article L. 4151-3).

Comme les représentants de la profession l'ont souligné lors de leur audition, les arrêts de travail prescrits par une sage-femme, « *dans la limite de sa compétence professionnelle* », relèvent du champ de la prévention (éviter les pathologies et complications liées à la grossesse) conformément aux conditions d'exercice de cette profession. Dès lors qu'ils s'inscrivent dans ce cadre, la limitation dans le temps des arrêts prescrits ne paraît pas justifiée.

---

<sup>1</sup> Selon des dispositions fixées par le décret n° 85-1354 du 17 décembre 1985.

Cette mesure, conjuguée à celle portée à l'article 2 *bis*, traduit, pour le rapporteur, une demande légitime de la profession et constitue une simplification bienvenue du parcours des patientes.

**La commission a adopté cet article sans modification.**

*Article 2 bis*

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à autoriser les sages-femmes à prolonger ou renouveler un arrêt de travail.*

*La commission l'a adopté sous réserve d'une clarification rédactionnelle.*

**I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : le renouvellement d'arrêts de travail par des sages-femmes**

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

Il modifie l'article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale, lequel précise qu'« *en cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret<sup>1</sup>* ».

La modification consiste à autoriser la prolongation d'arrêts de travail par la sage-femme prescriptrice, à l'instar du médecin traitant.

Cette disposition vise à mettre fin à l'interdiction pour les sages-femmes de prolonger ou de renouveler un arrêt de travail en application des dispositions réglementaires de l'article D. 331-2 du code de la sécurité sociale issues du décret du 17 décembre 1985 précité.

---

<sup>1</sup> En application de l'article R. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, issu du décret n° 2004-1448 du 23 décembre 2004, ces exceptions concernent les cas suivants dans lesquels la prolongation d'arrêt de travail est prescrite : par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant, par un remplaçant du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

## **II - La position de la commission : clarifier la rédaction pour que cette mesure s'applique à la sage-femme prescriptrice de l'arrêt initial**

L'évolution proposée par cet article est complémentaire à celle portée par l'article 2 de la proposition de loi : suivant des attentes de la profession, elle vise à simplifier le parcours des patientes prises en charge dans le cadre du suivi de grossesse et de la période post-natale.

Le rapporteur précise, comme indiqué à l'article 2, que les arrêts de travail prescrits ou renouvelés par des sages-femmes s'inscrivent dans la limite des compétences qui leur sont dévolues par la loi et répondent donc exclusivement, comme l'entend d'ailleurs l'Ordre des sages-femmes, à une finalité de prévention pour éviter la survenue de complications ou d'une pathologie dans le cadre de la grossesse.

La commission a adopté l'amendement COM-77 de son rapporteur visant à préciser que prolongation de l'arrêt de travail doit être décidée par la sage-femme prescriptrice de l'arrêt initial.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

### *Article 2 quater*

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise les sages-femmes à prescrire des dépistages et traitements des infections sexuellement transmissibles à leurs patientes ainsi qu'à leurs partenaires.*

*La commission a circonscrit cette disposition, s'agissant des partenaires, au seul dépistage des IST, avec une information de leur médecin traitant.*

## **I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : permettre aux sages-femmes de prendre en charge le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles pour les deux membres du couple**

Cet article a été inséré par la commission des affaires sociales, avec l'avis « très favorable » de la rapporteure, à l'initiative de Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en marche.

Il complète l'article L. 4151-4 du code de la santé publique afin d'autoriser les sages-femmes à prescrire, à la fois pour leurs patientes et leurs partenaires, le dépistage d'infections sexuellement transmissibles ainsi que les traitements des IST listés par un arrêté.

Il s'agit essentiellement d'autoriser les sages-femmes à prescrire ces dépistages et traitements aux partenaires des femmes dont elles assurent le suivi. En effet, les sages-femmes peuvent déjà prescrire, pour leurs patientes,

des « *examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession* » ainsi que des traitements médicamenteux, dont il appartient au ministre en charge de la santé d'établir la liste par arrêté<sup>1</sup>. Le dépistage des IST et la prescription de certains traitements anti-infectieux locaux (à l'exclusion de traitements antibiotiques) est déjà possible chez les femmes dont elles assurent le suivi.

## **II - La position de la commission : mieux circonscrire cette mesure concernant la prise en charge des partenaires des patientes**

Le suivi et le traitement des infections sexuellement transmissibles impliquent en effet tous les membres d'un couple. Le rapporteur entend le souci de simplification des parcours de soins poursuivi par cet article et l'objectif de prise en charge précoce d'infections dont le traitement tardif peut avoir des conséquences graves sur la santé.

Pour autant, cette mesure soulève des interrogations.

Sur la forme, la précision apportée n'est pas du niveau législatif s'agissant des femmes prises en charge : elle découle, comme indiqué, des dispositions législatives encadrant les compétences des sages-femmes. Le renvoi à un nouvel arrêté des traitements susceptibles d'être prescrits en cas d'IST fait ainsi « doublon » avec celui plus général sur les médicaments pouvant être prescrits par une sage-femme. Cela n'aura pas forcément pour effet de viser des traitements exclus à l'heure actuelle de cette liste de médicaments, dont le conseil national de l'Ordre des sages-femmes a souligné le caractère obsolète et sollicité la révision.

Sur le fond, cette mesure, en impliquant des traitements des IST chez le partenaire, va au-delà des prérogatives confiées aux sages-femmes et de leur domaine de compétence qui concerne la santé des femmes et la prévention. Pour le rapporteur, confier aux sages-femmes une compétence pleine et entière dans le traitement de certaines IST, y compris chez l'homme, n'apparaît pas opportun en dehors d'un protocole de coopération.

**La commission a ainsi adopté l'amendement COM-78 du rapporteur visant à circonscrire cette mesure au dépistage des IST chez la patiente et son partenaire, en prévoyant l'information du médecin traitant.**

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Cette liste a été établie par l'arrêté du 12 octobre 2011, modifié par un arrêté du 8 août 2016.

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, entend assouplir le droit de prescription de médicaments par les sages-femmes et prévoit une actualisation plus régulière de la liste fixant les produits de santé que ces professionnels de santé sont autorisés à prescrire.*

*La commission a constaté la portée limitée de cet article et l'a adopté sous réserve de la suppression de la précision sur le rythme de révision des textes réglementaires, ne relevant pas de la loi.*

**I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : une mesure ponctuelle traduisant la volonté d'élargir les prérogatives des sages-femmes en matière de prescription de produits de santé**

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 Aurore Bergé et d'autres députés du groupe La République en marche.

- Il complète l'article L. 4151-4 du code de la santé publique, lequel autorise les sages-femmes à prescrire des dispositifs médicaux « dont la liste est fixée par l'autorité administrative » ainsi que « les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ». La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016<sup>1</sup> a étendu ce droit de prescription aux substituts nicotiques, y compris pour les personnes vivant dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant.

Ce droit de prescription est encadré, s'agissant des médicaments pouvant être prescrits à la femme ou au nouveau-né, par l'arrêté du 12 octobre 2011, complété par l'arrêté du 8 août 2016, visant notamment des antalgiques, certains antibiotiques ou encore des contraceptifs. Pour les dispositifs médicaux, il s'agit de l'arrêté du 27 juin 2006<sup>2</sup>, modifié notamment par l'arrêté du 21 novembre 2018 pour ajouter les préservatifs masculins.

---

<sup>1</sup> Article 134 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>2</sup> Sont notamment visés par cet arrêté les compresses, ceinture de grossesse, électrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale, pèse-bébé, tire-lait ou dispositifs intra-utérins.

- Cet article répond d'après les auteurs de l'amendement<sup>1</sup> à la volonté d'assouplir le droit de prescription des sages-femmes au regard de leurs compétences et de la réalité des besoins de prise en charge.

Concrètement, sa portée est cependant à nuancer puisqu'il procède d'abord à une modification essentiellement rédactionnelle (1° *a*) et 2°) : si l'amendement initial visait à autoriser la prescription de médicaments « *strictement nécessaires à l'exercice de la profession* », la disposition adoptée, telle que sous-amendée par le Gouvernement, maintient l'encadrement de ce droit de prescription de médicaments par un arrêté, comme il l'est à l'heure actuelle. Seul l'avis de l'ANSM sur cet arrêté n'est plus mentionné.

Il prévoit en outre (1° *b*) la mise à jour de la liste des dispositifs médicaux ou médicaments autorisés « *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, comme le relèvent les auteurs de l'amendement et suivant les observations formulées par les représentants de la profession, qu'elle ne devienne rapidement obsolète.

## **II - La position de la commission : la suppression de certaines dispositions sans portée normative**

Cet article traduit, comme les précédents, une intention louable de simplifier l'accès aux soins par une meilleure reconnaissance des missions des sages-femmes. Il présente cependant une portée normative très limitée. La loi n'a pas à fixer, en effet, le rythme de révision de ses arrêtés d'application, ce qui s'apparente à une injonction au Gouvernement.

**La commission a ainsi adopté l'amendement COM-79 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**, qui n'apporte en rien une garantie de l'actualisation effective, et dans le sens souhaité, des mesures réglementaires visées.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> En séance publique, Aurore Bergé a mis en exergue l'intérêt d'une extension du droit de prescription de médicaments des sages-femmes « pour que leurs compétences soient mieux reconnues et aussi les femmes mieux suivies dans leur parcours de soins », en citant les exemples suivants « aujourd'hui, une sage-femme peut prescrire à une femme victime d'une infection urinaire... mais uniquement si cette femme est enceinte ; et elle peut prescrire des anti-inflammatoires lorsqu'une femme souffre après l'accouchement, mais pas lors de ses règles. » (cf. compte rendu intégral de la séance du 30 novembre 2020, Assemblée nationale).

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de déroger à la majoration pour non-respect du parcours de soins dans le cas où un patient est adressé à un médecin spécialiste par une sage-femme.*

*La commission a supprimé cet article de nature à fragiliser la cohérence du parcours de soins.*

**I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : permettre à la sage-femme d'adresser une patiente vers un médecin sans pénalisation financière pour ladite patiente**

Cet article a été inséré en séance publique par l'adoption d'un amendement présenté par 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.

Il tend à compléter l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale sur le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant.

La rédaction en vigueur prévoit que la majoration du ticket modérateur pour les assurés consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant n'est pas appliquée dans les situations suivantes :

- lorsque la consultation se fait en cas d'urgence ou en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré ;
- lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin des armées.

Cet article tend à ajouter à ces situations d'exonération les cas dans lesquels « *le patient est adressé par une sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'il est amené à lui dispenser* ».

L'objectif mis en avant par les auteurs de l'amendement est, comme pour les articles précédents, d'améliorer le parcours de soins des femmes en reconnaissant les compétences des sages-femmes, en l'occurrence en leur permettant d'adresser leurs patientes à un médecin spécialiste qui ne serait pas en accès direct (c'est-à-dire autre qu'un gynécologue) sans pour autant que ces mêmes patientes soient pénalisées financièrement.

Pour les représentants du conseil national de l'ordre des sages-femmes, il pourrait ainsi s'agir d'adresser la patiente à un dermatologue ou à un ophtalmologue, en raison de la survenance plus importante d'anomalies dermatologiques pendant la grossesse ou pour définir, dans le cas de fortes myopies, si l'accouchement par voie basse est susceptible d'être contraindiqué du fait d'un risque de décollement de la rétine.

## **II - La position de la commission : la suppression d'une mesure susceptible de fragiliser la cohérence du parcours de soins coordonné**

Cet article entend participer d'une meilleure reconnaissance des compétences des sages-femmes, au service de l'accès aux soins des patients.

Néanmoins, il introduit une confusion de nature à fragiliser la cohérence du parcours de soins coordonné, articulé autour du rôle central du médecin traitant. Le rapporteur partage ainsi les réserves exprimées par le ministre des solidarités et de la santé en séance publique à l'Assemblée nationale, notamment à l'égard de la perte de données médicales pour le médecin traitant sur la patiente dont il assure le suivi.

**La commission a adopté les amendements COM-80 du rapporteur et COM-28 de Bernard Bonne de suppression de l'article.**

**La commission a supprimé cet article.**

### *Article 2 quinquies*

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre le droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes aux produits de santé au-delà des dispositifs médicaux et substituts nicotiques.*

*La commission a supprimé ces dispositions en y substituant une mesure destinée à rendre pleinement effective la faculté donnée à ces mêmes professionnels de santé d'adapter des prescriptions datant de moins d'un an.*

## **I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : l'extension du droit de prescription de produits de santé par des masseurs-kinésithérapeutes**

Cet article a été introduit par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à l'initiative de sa rapporteure.

Il modifie l'article L. 4321-1 du code de la santé publique relative à la pratique de la masso-kinésithérapie qui autorise ces professionnels à prescrire des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté<sup>1</sup>, après avis de l'Académie nationale de médecine ; depuis la loi « santé » de janvier 2016, les masseurs-kinésithérapeutes sont également autorisés à prescrire des substituts nicotiques.

L'évolution proposée consiste à étendre ce droit de prescription aux « *produits de santé, dont les substituts nicotiques* », au-delà des seuls dispositifs médicaux, ce qui permet d'inclure des médicaments dans les limites de la liste définie par arrêté.

D'après le rapport de la commission, « *l'objectif est surtout de rendre pleinement effective la possibilité qu'ils ont déjà de prescrire des substituts nicotiques* », « *lesquels ne sont pas des dispositifs médicaux mais des médicaments à base de nicotine appartenant au champ plus large des produits de santé* ». La portée de cet article va toutefois au-delà d'une simple mise en conformité des textes, en ouvrant la voie à la prescription de certains médicaments par ces professionnels de santé, dans les limites cependant d'une liste définie par arrêté après avis de l'Académie nationale de médecine.

## **II - La position de la commission : rendre applicables les prérogatives confiées aux masseurs-kinésithérapeutes avant d'en ajouter de nouvelles**

Cet article répond à une demande des professionnels concernés, pouvant déjà être autorisés à prescrire des antalgiques ou anti-inflammatoires dans le cadre de protocoles de coopération.

Pour le rapporteur, cet élargissement du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes ne paraît pas opportun en dehors de tels protocoles traduisant une articulation étroite avec le médecin traitant, lequel a connaissance des autres traitements suivis par le patient.

**La commission a adopté l'amendement COM-81 du rapporteur substituant à cette mesure une disposition visant à rendre pleinement applicable une compétence confiée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 aux masseurs-kinésithérapeutes.** Si ces professionnels se sont vus confier la faculté d'adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an (article L. 4321-1 du code de la santé publique), le décret devant en préciser les modalités n'a jamais été pris. L'amendement vise donc à supprimer la référence à ce décret.

### **La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> L'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire inclut notamment des matelas ou coussins d'aide à la prévention d'escarres, des aides à la déambulation (cannes, béquilles, déambulateur), des bandes et orthèses de contention souple, des attelles souples de posture et ou de repos de série.

## CHAPITRE III

### RECRUTEMENT DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET MESURES DIVERSES D'EMPLOI DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

#### Article 3

#### Simplexification du recrutement des praticiens hospitaliers

*Cet article propose d'introduire dans la loi le principe d'une simplification du recrutement des praticiens hospitaliers. La commission s'est inquiétée d'un dispositif qui érige au rang législatif, en une formule expéditive, une matière qui fait actuellement l'objet d'une déclinaison réglementaire détaillée, à laquelle de nombreux acteurs restent attachés. Elle a donc adopté un amendement visant à préciser ses impacts.*

I – Le recrutement des praticiens hospitaliers (PH) constitue l'un des éléments de la réforme de leur statut

#### A. Le statut de praticien hospitalier : un défaut d'attractivité

Les enjeux soulevés par le statut de praticien hospitalier (PH), bien que particulièrement mis en exergue au cours de la crise sanitaire du premier semestre 2020, font depuis longtemps l'objet de réflexions. La **baisse importante du nombre des médecins candidats au concours national de praticiens hospitaliers** observée depuis 2015, aggravée depuis 2017, a en effet conduit le Gouvernement à ouvrir un chantier spécifique.



Source : Centre national de gestion

La désaffection des jeunes médecins pour la carrière hospitalière publique a par ailleurs été confirmée par les chiffres communiqués à votre rapporteur par l'intersyndicale nationale des internes (ISNI), selon laquelle **23 % seulement des internes désirent rester à l'hôpital public à l'issue de leur internat**, donnée d'autant plus significative que l'hôpital public leur a fourni le cadre de leur formation. Contrairement aux idées couramment répandues, l'ISNI a souligné que le niveau de la rémunération n'en était pas la seule cause, comme le montre l'attractivité qu'exerce le secteur privé non lucratif, où les rémunérations sont similaires.

Par ailleurs, le niveau du **taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers** - qui désigne l'écart entre les postes budgétés et les postes occupés - est estimé par le centre national de gestion (CNG) au 1<sup>er</sup> janvier 2019 à **29,1 %** pour les praticiens à temps plein et à **48,9 %** pour les praticiens à temps partiel, soit une hausse par rapport à 2018 de respectivement 1,7 point et 1,9 point. D'après les auditions du rapporteur, ce taux de vacance statutaire se maintient aujourd'hui (pour les PH à temps plein) à près de **30 %**.

L'article 13 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS)<sup>1</sup>, dite « loi Buzyn » avait en conséquence de ce constat identifié **deux grands axes d'amélioration du statut de PH**, en habilitant le Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi pour :

- *« faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ;*

- *simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter, et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital »<sup>2</sup>.*

Outre les difficultés soulevées, pour des sujets d'une telle ampleur, par le dessaisissement du Parlement - aggravé par le retard pris dans la publication de cette ordonnance - le Sénat s'était alors ému que **l'étude d'impact du projet de loi OTSS ne mentionne explicitement que le premier de ces deux axes**, en associant le **défaut d'attractivité du statut de PH à sa rigidité** et aux difficultés éprouvées par les PH à diversifier leur activité entre milieu hospitalier et soins de ville.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>2</sup> L'habilitation du Gouvernement, prolongée de huit mois par rapport à son délai initial, arrive à son terme le 24 mars 2021.

L'article 3 de la présente proposition de loi, par la disposition qu'il porte relative à la « *procédure de recrutement en qualité de praticien hospitalier* », semble viser le deuxième axe de l'habilitation, à la nuance près - qu'il conviendra de discuter - que cette dernière **se limite strictement au recrutement contractuel**.

**B. La définition légale des praticiens hospitaliers couvre les praticiens statutaires et les praticiens contractuels**

Il faut en effet souligner qu'aux termes de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, qui ouvre le chapitre consacré aux « praticiens hospitaliers », cette qualité revêt **deux réalités** :

- les médecins, odontologistes et pharmaciens qui exercent en établissement public de santé sous un *statut* de « **praticien hospitalier à temps plein** » ou de « **praticien des hôpitaux à temps partiel** », dont le bénéfice est réservé aux lauréats du concours national de praticien hospitalier (CNPH) ;

- les médecins, odontologistes et pharmaciens qui exercent en établissement public de santé après avoir été **recrutés par contrat** et qui, sous différents statuts présentant tous des distinctions de recrutement et de rémunération (« praticiens contractuels », « praticiens attachés », « assistants des hôpitaux », « cliniciens »), exercent des missions soit identiques à celles des praticiens statutaires, soit subalternes.

Votre rapporteur souhaite à cet égard souligner l'**ambiguïté** du champ de l'article 3, non dissipée à ce stade de l'examen. En cohérence avec l'article L. 6152-1 du CSP, l'usage du terme « *praticien hospitalier* » dans un texte de loi devrait logiquement s'interpréter *lato sensu*, comme **englobant les deux réalités statutaire et contractuelle**, alors que le rapport de notre collègue députée Stéphanie Rist restreint le champ d'application de l'article 3 aux seuls praticiens statutaires. Ainsi, au-delà des impacts concrets de cette disposition, sa traduction normative, si elle inclut les praticiens recrutés par contrat, pourrait poser un problème de compatibilité avec le champ d'habilitation de l'ordonnance mentionnée.

**C. L'article 3 entend lutter contre les rigidités du recrutement qui favoriseraient l'éviction des praticiens statutaires par les praticiens contractuels**

**1. Des modalités de recrutement qui diffèrent selon le statut du praticien hospitalier**

Selon la modalité de recrutement (statutaire ou contractuelle), **les formalités connaissent d'importantes variations**, à ce jour toutes renvoyées à la voie réglementaire (articles R. 6152-1 et suivants du CSP).

Pour les *praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel*, outre la condition d'avoir été lauréat du CNPH et d'être inscrit sur une liste d'aptitude unique établie par discipline et par spécialité, la procédure de recrutement se caractérise par sa **lourdeur** et sa **complexité**.

Il appartient en premier lieu au directeur de l'établissement public de santé de **constater une vacance de poste** et, s'il ne privilégie pas de la pourvoir par mutation interne, de la **notifier au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)**, seul habilité à ouvrir le recrutement aux candidats externes. S'il y consent, le **directeur général du CNG** établit le profil de poste, selon des critères de spécialité et de position fixés par arrêté du ministre de la santé, et procède à sa publication sur le site internet du CNG.

À compter de cette publication, les candidats disposent d'un délai de 15 jours pour le dépôt de leur dossier. Les candidats doivent remplir plusieurs conditions, notamment une durée de fonctions effectives dans un même établissement d'au moins trois ans. À l'issue de ce délai, le chef de pôle, en concertation avec les différents responsables de service, propose plusieurs candidatures au **directeur de l'établissement, à qui appartient la décision de recrutement, après consultation de la commission médicale d'établissement (CME)**. La nomination fait ensuite formellement l'objet d'un arrêté du directeur général du CNG.

Pour les *praticiens hospitaliers recrutés par contrat*, la procédure est considérablement **allégée** et complètement **internalisée** : le contrat d'embauche est signé par le directeur de l'établissement, sur proposition du chef de pôle à l'initiative du recrutement et après avis de la CME.

En conséquence des deux phénomènes précédemment décrits – perte d'attractivité du statut de praticien hospitalier et formalités de recrutement allégées pour les praticiens contractuels – plusieurs acteurs auditionnés par votre rapporteur ont pointé une **tendance croissante d'attribution de postes statutaires à des praticiens recrutés par contrat, voire sous le régime de l'intérim médical**.

Une enquête nationale réalisée par le CNG en janvier 2017, qui chiffre à **39 526** le nombre de praticiens contractuels, démontrait en effet que près d'**un tiers des postes de PH à titre permanent étaient provisoirement occupés par des praticiens contractuels**, autrement dit que les vacances statutaires évoquées précédemment étaient quasiment toutes couvertes par des recrutements contractuels. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) estime pour sa part à **24 711 le nombre de praticiens contractuels en équivalents temps plein (ETP) pour 2019**.

Cette tendance est regrettable à trois égards :

- le lien contractuel qui unit le directeur d'établissement au praticien contractuel place ce dernier dans une position de subordination beaucoup plus sensible que celle du praticien statutaire, susceptible de diviser les équipes de soins au sein des services ;

- par ailleurs, la rémunération connaît d'importantes variations, alors que la mission à accomplir est substantiellement la même. Ainsi, un praticien hospitalier à temps plein perçoit, au premier échelon, des émoluments annuels (hors indemnités) de 52 933,33 euros, contre 49 568,10 euros (hors indemnités) pour un praticien contractuel de niveau 1<sup>1</sup> ;

- enfin, une fois son principe approuvé quand une vacance de poste n'est pas pourvue par un praticien statutaire, le recrutement du praticien contractuel est à la discrétion totale du directeur d'établissement et **échappe pour une large part au contrôle du CNG ou du ministère de la santé.**

## **2. La simplification de la procédure de recrutement statutaire portée par le présent article 3**

Ainsi, l'article 3 de la présente proposition de loi vise – du moins, dans son intention – à **réduire les difficultés engendrées par la complexité du recrutement statutaire** en introduisant deux simplifications :

- la **vacance de poste ne requerrait plus la proposition du directeur général de l'ARS**, et ne ferait plus intervenir que le directeur d'établissement, à l'origine de la demande, et le directeur général du CNG, qui organiserait le recrutement ;

- le délai de recrutement serait réduit grâce à « *toutes voies de simplification définies par voie réglementaire* » dont pourrait user le directeur général du CNG et dont l'article ne donne pas plus de précision.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article, après l'adoption de modifications rédactionnelles.**

## **II - La perplexité de la commission quant aux impacts normatifs et à l'opportunité de cette mesure**

### **A. Les dangers d'une consécration du recrutement des praticiens hospitaliers au niveau législatif**

Actuellement, la loi se contente de consacrer, sans dénomination distincte, la différence entre praticiens hospitaliers statutaires et praticiens hospitaliers contractuels, renvoyant au décret en Conseil d'État l'ensemble des mesures détaillant les modalités de leur recrutement. C'est à ce titre que

---

<sup>1</sup> Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

chaque catégorie de praticien hospitalier (statutaire à temps plein, statutaire à temps partiel, contractuel, assistant des hôpitaux, clinicien) fait l'objet, dans la partie réglementaire du code de la santé publique, de **dispositions de recrutement spécifiques**.

Aussi, en rehaussant au niveau législatif la question du recrutement sans évoquer de différences entre PH statutaires et PH contractuels, **l'article 3 de la proposition de loi étend mécaniquement son champ d'application au-delà des seuls praticiens statutaires, auxquels semble pourtant se limiter l'intention de l'auteur.**

Cette interprétation littérale de l'article 3 tel qu'actuellement rédigé pose plusieurs difficultés à votre rapporteur, notamment **le chevauchement avec l'habilitation donnée par le Parlement au Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure relative au recrutement par contrat**. Il ne paraît donc pas recevable, au titre de l'article 38 de la Constitution, que le présent article 3 vise une matière – le recrutement contractuel – pour laquelle le Parlement a déjà délégué le pouvoir de légiférer.

Votre rapporteur déduit par ailleurs de la rédaction de l'article 3 un double risque :

- en n'isolant pas spécifiquement les praticiens statutaires comme objet de la procédure de recrutement allégée, elle permettrait en droit aux directeurs d'établissement de **recourir aux praticiens contractuels de façon encore moins régulée** ;

- l'inscription du recrutement des PH dans la loi permettrait théoriquement le **contournement des dispositions réglementaires régissant actuellement le recrutement des praticiens statutaires par concours**, auquel toutes les organisations représentatives de praticiens hospitaliers ont rappelé leur attachement.

Par conséquent, la commission a adopté un **amendement COM-82** de votre rapporteur qui **réserve la simplification de la procédure de recrutement aux seuls praticiens statutaires, et qui rappelle que ce recrutement simplifié devra respecter les principes fondamentaux du statut**. Par ailleurs, l'amendement simplifie la rédaction du dispositif.

**B. La pertinence des modalités de recrutement comme critère d'attractivité en question**

Au-delà de ces considérations, votre rapporteur souhaite **tempérer les attentes que semble susciter cet article**, dont il apparaît qu'il simplifiera surtout le travail administratif du directeur d'établissement et ne luttera que très marginalement contre la perte d'attractivité du statut de praticien hospitalier.

Ce serait se méprendre gravement sur la crise des vocations de l'hôpital public que de réduire ses causes à la réticence qu'une procédure de recrutement exagérément complexe inspirerait aux candidats. Le rapport du professeur Olivier Claris<sup>1</sup>, qui synthétise les causes de cette perte d'attractivité, identifie (recommandation n° 29) les vrais leviers de recrutement dans **l'amélioration de la formation et les conditions de travail des étudiants et des internes**, qui ne font l'objet dans le texte que d'une brève mention à l'article 11 *bis*.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Article 4*

**Expérimentation d'un processus de création de postes de praticien hospitalier au sein des groupements hospitaliers de territoire**

*Cet article propose d'attribuer au directeur de l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) la possibilité de créer un nouveau poste de praticien hospitalier et d'affecter cette ressource à un des établissements parties du groupement. La commission, encore sceptique quant aux effets des GHT sur l'offre de soins, a estimé cet article prématuré et lui a substitué des mesures de précision des missions des GHT.*

**I - Une compétence exclusive accordée au directeur de l'établissement support d'un GHT pour la création de poste de praticien hospitalier**

Le présent article 4 s'inscrit dans la même intention que l'article 3, en introduisant une nouvelle **simplification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers**, inscrite cette fois dans le cadre des **groupements hospitaliers de territoire (GHT)**.

**A. Les GHT poursuivent un objectif de rationalisation et de territorialisation de l'offre hospitalière publique**

L'article L. 6132-1 du code de la santé publique (CSP) assigne au GHT la mission de permettre aux établissements qui le composent de mettre en œuvre une stratégie de **prise en charge commune et graduée du patient**,

---

<sup>1</sup> Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières, juin 2020.

dans le but d'assurer une **égalité d'accès** à des soins sécurisés et de qualité. Il doit par ailleurs assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Il se traduit par l'élaboration, par l'ensemble des établissements parties, d'un **projet médical partagé** (PMP) garantissant une « offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ». Le GHT étant explicitement **dépourvu de la personnalité morale**, son action se traduit matériellement par la désignation d'un « **établissement support** » chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties du groupement, **les fonctions et les activités déléguées**.

En outre, **l'adhésion de tout établissement public de santé à un GHT est obligatoire**. Tout établissement privé peut, pour sa part, y être associé.

La création des GHT répond à une intention des pouvoirs publics clairement exprimée au sein de **l'étude d'impact de la loi de modernisation de notre système de santé (MSS) de 2016**<sup>1</sup> « d'inciter les établissements d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée » et de « mettre en cohérence des projets médicaux des établissements d'un territoire dans le cadre d'une approche orientée patient et non plus structure ». L'étude d'impact de la loi portant organisation et transformation de notre système de santé (OTSS) de 2019<sup>2</sup> estimait que **891 établissements publics étaient alors regroupés en 135 GHT**, variables dans leur composition (de deux à vingt établissements), selon les territoires couverts (de 100 000 à 2,5 millions d'habitants) et par leur masse budgétaire (de moins de 100 millions à plus de 2 milliards d'euros).

Concrètement, la mise en place d'un GHT passe par la signature entre les établissements parties d'une **convention constitutive**, qui prévoit la réplication au niveau du groupement des instances légales de tout établissement public de santé :

- une **commission médicale du groupement** (CMG), qui rassemble au moins tous les présidents des commissions médicales d'établissements parties ;

- un **comité stratégique**, présidé par le directeur de l'établissement support ;

---

<sup>1</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>2</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

- un **comité des usagers** du groupement ;
- une **commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques** (CSIRMT) de groupement ;
- un **comité territorial des élus locaux**.

**B. La création de poste de praticien hospitalier : une compétence implicitement attribuée au directeur d'établissement par le code de la santé publique**

En cohérence avec le commentaire de l'article 3 de la présente proposition de loi, qui a rappelé que le **recrutement d'un praticien hospitalier (PH) sur un poste vacant** relevait en droit actuel de dispositions exclusivement réglementaires, la **création de poste de PH** suit une logique similaire, quoique moins explicite.

En effet, l'article R. 6145-19 du CSP prévoit qu'au moment de l'**élaboration du budget pour l'exercice à venir**, le directeur d'établissement fournisse en annexe un « *tableau prévisionnel des effectifs rémunérés* », dont le modèle<sup>1</sup> prévoit explicitement de faire figurer l'écart en équivalents temps plein rémunéré (ETPR) entre l'exercice précédent et l'exercice à venir.

L'article L. 6143-1 du CSP, qui énumère des domaines sur lesquels le **conseil de surveillance** de l'établissement de santé exerce un contrôle permanent de la gestion, ne fait nulle mention de l'établissement du budget, au moins au stade de son élaboration. Le directeur d'établissement agit donc en la matière de façon relativement déliée. Il lui faut toutefois transmettre le projet de budget au **directeur général de l'ARS** pour approbation, afin que ce dernier fixe l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) de l'établissement, seul acte par lequel les recettes et les dépenses seront autorisées.

**C. L'article 4 dote l'établissement support du GHT d'une capacité d'intervention dans le recrutement du groupement**

Dans sa version initiale, l'**article 4** de la présente proposition de loi introduisait une **expérimentation pour trois ans** consistant **pour le directeur de l'établissement support d'un GHT de décider seul de la création de postes de praticien hospitalier**, sur la proposition conjointe du directeur d'établissement et du président de la CME de l'établissement partie concerné, et après avis de la CMG.

L'article 4 prévoyait également la possibilité pour le directeur général de l'ARS de s'opposer à cette décision de création de poste dans un délai d'un mois.

---

<sup>1</sup> Arrêté du 24 novembre 2016 fixant le modèle de présentation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Le dispositif s'interprète donc comme transférant, pour une durée de trois ans, au seul directeur d'établissement support la capacité de création de nouveaux postes de PH au sein du périmètre défini par le GHT, la capacité de recrutement suite à une vacance de poste restant de la compétence de chaque établissement partie.

Par ailleurs, cet article, à l'instar de l'article 3, **élève au rang législatif une matière qui n'est à ce jour régie que par des dispositions de nature réglementaire.**

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale y a apporté deux modifications :

- elle a en premier lieu supprimé le terme « seul » de la rédaction initiale, non pour contester l'exclusivité de la compétence du directeur de l'établissement support, mais son unilatéralité ;

- elle a ensuite **supprimé la possibilité ouverte au directeur général de l'ARS de s'opposer à la décision de création de poste**, en invoquant concurremment des arguments de portée distincte. Elle a, d'une part, manifesté une forme de perplexité face à l'intervention du directeur général de l'ARS dans la procédure de création de poste, faisant siens les souhaits exprimés par plusieurs acteurs de terrain selon lesquels cette procédure devait relever de l'établissement uniquement. D'autre part, elle a implicitement indiqué qu'**il demeurait préférable de ne pas menacer l'application des dispositions réglementaires en vigueur**, qui prévoient l'approbation du directeur général de l'ARS sur les tableaux prévisionnels d'effectifs, par l'adoption d'une mesure législative potentiellement contraire.

Outre un amendement de coordination, l'Assemblée nationale a enfin adopté, en séance publique, un amendement prévoyant que **l'avis rendu par la CMG devait tenir compte de la conformité de cette création de poste avec le PMP du GHT.**

## **II - Des incertitudes persistantes sur les impacts des GHT, qui ont conduit la commission à préférer des dispositions de précision de leurs missions**

### **A. Un dispositif largement prématuré**

Votre rapporteur souhaite inscrire l'examen de cet article dans le contexte plus général d'une appréciation de l'impact des GHT, sur laquelle la commission des affaires sociales du Sénat a demandé une **étude à la Cour des comptes, publiée en octobre 2020.**

### **L'étude de la Cour des comptes et le conflit d'interprétation de la commission des affaires sociales du Sénat**

La demande de la commission s'est fondée sur plusieurs avertissements émis par certains détracteurs des GHT, particulièrement au cours des débats relatifs à la loi du 24 juillet 2019 sur l'organisation et la transformation de notre système de santé (OTSS). La méfiance exprimée à l'égard des GHT tenait essentiellement aux effets délétères de la tarification à l'activité (T2A), qui **inciterait les établissements support à concentrer en leur faveur les activités les plus cotées, entraînant la spécialisation des établissements parties dans des activités moins valorisées qui, à terme, menaceraient leur pérennité financière.**

La réponse de la Cour s'était voulue rassurante. Selon elle, **aucun phénomène de concentration excessive de l'activité des GHT au profit de l'établissement support n'était à déplorer.** Tout au contraire, la Cour a même affirmé qu'un « effet centrifuge » - à savoir d'éloignement du centre - était à l'œuvre au sein des GHT, favorisant un renforcement de l'offre de soins dans les établissements parties. Elle a toutefois pris soin de préciser cet « effet centrifuge » ne se déduisait **que** de l'examen des données du PMSI, au sein desquelles **ne figurent pas les activités et consultations externes (ACE)** des établissements, qui restent l'un des principaux recours de l'activité intra-GHT (ne peuvent ainsi être appréciés les dépôts d'activité d'examen d'un praticien de l'établissement partie vers l'établissement support, par exemple).

La commission des affaires sociales n'avait alors que très partiellement adhéré à ces conclusions, et en avait même soulevé les biais. En effet, déduire une absence de concentration de l'activité des seules données disponibles issues de la pratique des GHT **néglige les possibles stratégies de contournement mises en œuvre par les signataires de GHT**, sur lesquelles la Cour ne paraît pas s'être penchée. En effet, si l'adhésion à un GHT pour tout établissement public de santé revêt un caractère obligatoire, les formes de cette adhésion restent à l'entière discrétion des parties.

Ainsi, la commission n'écarte pas l'hypothèse selon laquelle on pourrait déduire des conclusions de la Cour des comptes, davantage que l'innocuité du modèle pour les établissements parties, **une précaution ex ante que ces derniers ont mise dans la conclusion des conventions constitutives à laquelle la loi les contraint.**

En conséquence, il ressort de l'examen de l'étude de la Cour des comptes que le modèle des GHT est **d'application beaucoup trop récente pour qu'on puisse conclure avec certitude au bénéfice de ses impacts sur l'offre de soins.** À ce seul titre, les dispositions du présent article 4 paraissent prématurées.

En dehors de cette impression générale, plusieurs acteurs auditionnés par votre rapporteur, notamment les représentants des présidents de CME, n'ont pas caché leurs inquiétudes quant aux **implications concrètes de cet article.** Bien que le vecteur mis en avant soit bel et bien le GHT, son absence de personnalité morale attribuée

mécaniquement le pouvoir décisionnaire de création de poste au directeur de l'établissement support, agissant certes *ès qualité*, mais **dont les actes demeurent ceux d'un directeur de l'un des établissements parties au groupement**.

Ainsi, en l'absence d'attribution de personnalité morale au GHT, la décision de création de poste se présente matériellement comme une décision prise par un directeur d'établissement *pour un autre établissement que celui qu'il dirige*. L'intervention de l'établissement destinataire de la création de poste reste certes requise, puisqu'elle ne peut se faire que sur sa proposition, mais **sans que la décision finale lui appartienne**. Dans un contexte général de défiance vis-à-vis des GHT, dont votre rapporteur estime qu'il est trop tôt pour le considérer comme injustifié, ce schéma décisionnel ne peut jouer en faveur du rapprochement souhaité entre les établissements concernés.

Il convient en outre de signaler que la prérogative attribuée au directeur de l'établissement support contenue dans l'article 4 est susceptible d'**entrer directement en conflit avec le contenu de la convention constitutive du GHT** qui, aux termes de l'article L. 6132-2 du CSP, détermine les « *délégations éventuelles d'activités* » et, partant, les besoins en personnel afférents. L'article 4 aurait donc pour effet de rigidifier par la loi les modalités d'un partenariat que le législateur avait jusqu'ici sagement renvoyées à l'instrument contractuel fondateur du groupement.

#### **B. Un dispositif incompatible avec une autorisation donnée par le Parlement au Gouvernement à légiférer par ordonnance**

Aux termes de l'article 37 de la loi OTSS, dans le cadre d'une habilitation générale relative au **renforcement de la gouvernance médicale des GHT**<sup>1</sup>, la Gouvernement a été autorisé par le Parlement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure visant notamment à « *définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à un GHT et des directeurs d'établissements support de GHT* ».

Ainsi, la matière visée par l'article 4 de la présente proposition de loi, permettant au directeur de l'établissement support d'engager une création de poste pour le compte de l'un des établissements parties, **entre explicitement dans le champ de l'ordonnance précitée**. En conséquence, l'article 4 se trouve être **irrecevable au titre de l'article 38 de la Constitution**.

---

<sup>1</sup> Dont le délai expire le 24 mars 2021.

### C. La commission propose la réécriture de l'article

Compte tenu du caractère prématuré d'une part, irrecevable d'autre part du présent article 4, la commission a adopté, sur proposition de votre rapporteur, un **amendement COM-83** de réécriture globale, qui reprend certaines propositions qu'elle avait formulées lors de l'examen de l'étude de la Cour des comptes précitée<sup>1</sup>.

L'amendement s'efforce en premier lieu de répondre à l'une des demandes émises par l'ensemble des acteurs auditionnés, professionnels de santé et directeurs d'établissement, qui ont indiqué à votre rapporteur l'urgence de faire du **projet territorial de santé (PTS)** un instrument déterminant dans la structuration de l'offre de soins. Pour rappel, le PTS, fruit de la concertation de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire, fournit le reflet le plus fidèle des besoins de santé exprimés à l'échelle d'un bassin de vie. À l'heure actuelle, bien que fortement encouragée par les pouvoirs publics, **son élaboration n'est pas obligatoire**; reprenant la recommandation n° 42 du rapport du professeur Olivier Claris, **l'amendement inscrit dans la loi cette obligation.**

Par ailleurs, la loi prévoit l'engagement explicite des professionnels de santé libéraux dans l'élaboration du PTS, mais se montre plus elliptique quant à celle des établissements de santé. Or, en tant qu'acteurs appelés à jouer un rôle de plus en plus structurant dans l'offre de soins territorialisée, l'implication des GHT dans la construction du PTS paraît incontournable. L'amendement prévoit donc **le caractère obligatoire de cette implication.**

Une fois transmis au directeur général de l'ARS, ce dernier est incité à s'inspirer du PTS lorsqu'il élabore le projet régional de santé (PRS) qui, pour sa part, est directement applicable à l'échelle de la région. Cette inspiration est censée garantir que la définition des orientations régionales en matière de couverture sanitaire tienne compte de l'expression des besoins exprimés par le terrain. L'amendement formalise ce lien en **prévoyant explicitement que les besoins sanitaires ayant conduit au PRS s'appuient sur les éléments contenus dans le PTS.**

Par ailleurs, l'amendement tire la conséquence d'un constat de la Cour relatif à la spécificité des soins psychiatriques. Ces derniers sont très majoritairement assurés par des établissements de santé privés à but non lucratif qui, par leur statut, ne sont pas concernés par l'adhésion obligatoire au GHT. Aussi, la coordination territoriale des soins psychiatriques peut se heurter à des **difficultés d'articulations entre les projets médicaux partagés des GHT et les projets territoriaux de santé mentale (PTSM)** mis en place par la filière psychiatrique. L'amendement vise à renforcer cette coordination

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 22 (2020-2021) fait par M. Alain Milon au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux groupements hospitaliers de territoire.

en prévoyant la possibilité pour les premiers de mieux tenir compte des seconds.

Enfin, l'amendement se montre attentif aux craintes suscitées par les GHT de **repli sur soi de l'hôpital public**, peu ouvert aux structures privées et à la médecine de ville, empêchant la création de parcours de soins que tous les acteurs de la santé appellent aujourd'hui de leurs vœux. Il précise donc que le **comité stratégique des GHT puisse s'ouvrir**, avec voix consultative, aux **représentants des établissements privés** qui en sont membres volontaires ainsi qu'aux **représentants des structures libérales** qui maillent le territoire d'intervention.

Votre rapporteur souhaite préciser qu'**aucune des dispositions de l'amendement n'empiète sur l'habilitation de l'article 37 de la loi OTSS**. En effet, le champ de cette habilitation se limite à de stricts enjeux de gouvernance médicale et ne vise la composition du comité stratégique que dans les cas où les établissements parties consentiraient à la fusion ou à la substitution de leurs instances.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Article 4 bis*

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit l'intervention de bénévoles à titre individuel dans les établissements publics et privés de santé, en dehors de l'organisation par une association de bénévoles.*

*La commission a supprimé cet article en raison des dérives auxquelles ces dispositions seraient susceptibles d'ouvrir la voie.*

**I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : rendre possible l'intervention de bénévoles dans les établissements de santé en dehors du cadre associatif**

Cet article a été inséré par la commission des affaires sociales par l'adoption, avec l'avis favorable de la rapporteure, de deux amendements identiques présentés par Sylvain Maillard et Annie Vidal ainsi que les membres du groupe La République en marche.

- Il modifie l'article L. 1112-5 du code de la santé publique dont la rédaction, issue de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>1</sup>, encadre l'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé publics ou privés.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

Ces dispositions prévoient que l'intervention des bénévoles peut avoir pour objectif d'apporter « *un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales* ». Cette intervention est organisée par des associations devant conclure une convention avec les établissements concernés qui en encadre les modalités.

S'agissant de l'accompagnement de la fin de vie, les dispositions spécifiques prévues à l'article L. 1110-11, créé par la même loi, ajoutent à ces conditions la formation à l'accompagnement de la fin de vie des bénévoles « *sélectionnés* » par les associations et l'établissement par ces dernières d'une charte d'action respectant des principes parmi lesquels le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité.

• L'évolution proposée par cet article consiste à **rendre possible l'intervention de bénévoles à titre individuel, en dehors du cadre d'une association.**

Chaque bénévole serait tenu de conclure une convention avec l'établissement de santé concerné déterminant les modalités de son intervention. Ces évolutions ne concernent pas l'accompagnement des malades en fin de vie puisque l'article L. 1110-11 du code de la santé publique ne serait quant à lui pas modifié.

Comme le mettent en avant les auteurs de l'amendement<sup>1</sup>, il s'agit de tirer les enseignements de la crise sanitaire pendant laquelle « *les établissements de santé ont bénéficié de l'aide spontanée de nombreuses personnes volontaires qui ont contribué aux activités hospitalières et rendu de multiples services* » ; pour eux, « *il apparaît aujourd'hui essentiel de développer ces bénévolat individuel, qui est complémentaire des actions encadrées par des associations de bénévoles* ».

## **II - La position de la commission : la suppression d'une disposition répondant à des intentions louables mais susceptible d'ouvrir la voie à des dérives**

Le rapporteur salue l'engagement des bénévoles venant apporter un soutien aux patients hospitalisés ainsi que des associations encadrant leurs interventions et s'assurant de la qualité de ces activités dans le contexte sensible des lieux de soins.

Si la volonté d'aider son prochain est louable et que la crise sanitaire a pu susciter un large élan solidaire en direction des établissements de santé, l'évolution portée par cet article, qui crée un dispositif pérenne ne se limitant pas à ces situations exceptionnelles, soulève néanmoins des interrogations.

---

<sup>1</sup> Exposé des motifs de l'amendement présenté par Mme Vidal et les membres du groupe LREM.

De nombreuses associations ont vivement réagi face à une mesure qui paraît nier leur investissement dans l'accompagnement et la formation des bénévoles, notamment en matière de relations humaines ou de respect du secret médical. France Assos Santé a relayé, dans un communiqué et lors de l'audition de ses représentants, des inquiétudes que ce bénévolat « *free-lance* » ouvre la voie à des dérives graves pour la qualité et la sécurité des soins, en particulier des risques de dérive sectaire.

Le rapporteur partage pleinement le constat selon lequel « *l'hôpital n'est pas un lieu public comme un autre : les personnes qui y interviennent en tant que bénévoles doivent être formées, suivies, accompagnées* »<sup>1</sup>. L'adhésion à une association, sans être en soi la seule garantie, peut constituer à cet égard « *un mécanisme d'auto-régulation* » face à ces risques de dérives.

La directrice générale de l'offre de soins a convenu, lors de son audition par le rapporteur, que le dispositif devait être mieux encadré, évoquant notamment l'élaboration d'une convention.

Cet encadrement ne dissiperait pas, cependant, toutes les craintes quant aux modalités de contrôle des interventions, ce contrôle reposant alors sur la responsabilité des seules équipes des établissements de santé.

**Pour ces raisons, la commission a adopté les amendements COM-84 du rapporteur et COM-53 présenté par Annie Le Houerou et les membres du groupe socialiste, écologiste et républicain, de suppression de l'article.**

**La commission a supprimé cet article.**

#### *Article 4 ter*

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

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre l'intervention de médecins, sages-femmes et odontologistes à titre bénévole dans les établissements publics de santé à la participation à l'exercice des missions attachées au service public hospitalier.*

*La commission a adopté cet article sans modification.*

### **I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : un cadre légal pour l'intervention de praticiens bénévoles dans les établissements de santé**

Cet article a été inséré lors de l'examen de la proposition de loi par la commission, par l'adoption, avec l'avis favorable de la rapporteure, de deux amendements présentés par Sylvain Maillard et Marc Delatte ainsi que

---

<sup>1</sup> Communiqué de France Assos Santé du 10 décembre 2020.

les membres du groupe La République en marche. Il a été complété en séance par un amendement de la rapporteure.

Il modifie l'article L. 6146-2 du code de la santé publique afin de prévoir l'intervention dans les établissements publics de santé, à titre bénévole, de médecins, sages-femmes et odontologistes afin de participer à l'exercice des missions générales de ces établissements et de celles attachées au service public hospitalier :

- d'une part, en mentionnant explicitement cette intervention à l'instar de celle, déjà possible, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral (1°) ;

- d'autre part, pour prévoir que cette intervention à titre bénévole s'exerce dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, ce contrat n'étant pas soumis à l'approbation par le directeur général de l'ARS contrairement à celui passé avec des professionnels de santé libéraux (2°)<sup>1</sup>.

Pour les auteurs des amendements, il s'agit « dans le contexte actuel de la démographie médicale (...) de pouvoir bénéficier des compétences spécifiques de praticiens disposés à participer hors le cadre statutaire et sans rémunération à des activités médicales hospitalières », contribuant au « renforcement des ressources médicales des établissements publics de santé, dans l'intérêt du service public hospitalier. »

## **II - La position de la commission : une adoption conforme**

Cet article permet de sécuriser l'intervention de praticiens bénévoles dans les établissements de santé, y compris sur des missions relevant du service public hospitalier et non seulement dans le cadre des activités dévolues aux associations de bénévoles.

Le rapporteur ne voit pas de raison de s'y opposer, même si cette pratique, probablement marginale, ne constitue en rien une réponse adéquate ou même un simple palliatif au problème de la démographie médicale à l'hôpital. Il serait d'ailleurs souhaitable que ces interventions soient ciblées sur des missions complémentaires et non en lieu et place de ce qui est effectué habituellement par ces praticiens.

**La commission a adopté cet article sans modification.**

---

<sup>1</sup> Si ces modalités étaient mentionnées dans l'objet des amendements adoptés en commission, le 2° a été inséré en séance publique par un amendement de la rapporteure visant à réparer cet oubli.

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

*Cet article propose d'attribuer aux établissements publics de santé la possibilité de consulter un fichier national de déclarations d'embauche, afin de mieux contrôler les cumuls irréguliers d'activités, notamment des praticiens hospitaliers. La commission a estimé que ce dispositif, en plus de présenter une atteinte disproportionnée à la protection de la vie privée des agents concernés, n'était pas propice à remplir l'objectif qu'il se fixait, lequel était lui-même incompatible avec les conclusions du Ségur de la santé. Elle a en conséquence supprimé cet article.*

**I – La consultation d'un fichier national de déclaration d'embauche pour lutter contre le cumul irrégulier d'activités à l'hôpital public**

Cet article additionnel, adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur proposition de M. Sylvain Maillard et de plusieurs députés du groupe La République en marche, vise à **renforcer le contrôle du cumul irrégulier d'activités au sein des établissements publics de santé.**

**A. Le régime du cumul d'activités pour les praticiens hospitaliers**

Les conditions d'exercice d'une activité parallèle pour les fonctionnaires des trois fonctions publiques ont été particulièrement durcies par la loi du 20 avril 2016<sup>1</sup>, qui a enrichi la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires<sup>2</sup> d'un article 25 *septies*, lequel explicite un principe d'**interdiction de cumul d'activités au profit d'une activité privée lucrative**, avec exceptions.

Par une **extension opérée par l'article L. 6152-4 du code de la santé publique (CSP)**, l'article 25 *septies*, que vise le présent article 4 *quater*, est applicable non seulement aux fonctionnaires hospitaliers, mais aussi à tout agent contractuel de droit public ou de droit privé employé par l'établissement public de santé ainsi qu'à l'ensemble des praticiens hospitaliers (PH), statutaires ou contractuels.

Si l'on en croit les travaux de la rapporteure de l'Assemblée nationale, les **praticiens hospitaliers**, dont le cumul irrégulier d'activités est « *particulièrement préjudiciable à la qualité des soins prodigués aux patients* », sont **plus spécifiquement visés par le dispositif**. Leur régime de cumul d'activités diffère selon la quotité présente à l'hôpital : si le **cumul**

---

<sup>1</sup> Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>2</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite « loi Le Pors ».

**d'activité et la création ou reprise d'un cabinet libéral** ne sont ouvertes qu'aux praticiens des hôpitaux à temps partiel, **l'exercice d'une activité accessoire** est également possible pour les praticiens hospitaliers à temps plein.

### Régime des cumuls d'activités des PH

	Praticien hospitalier à temps plein	Praticien des hôpitaux à temps partiel
<b>Cumul d'activité au profit d'une activité privée lucrative</b>	Interdit	Possible, à condition d'assurer un <b>service hebdomadaire hospitalier de 4 à 6 demi-journées</b>
<b>Activité accessoire</b>	Expertise et consultation, au seul bénéfice d'un organisme public Enseignement et formation Activité d'intérêt général	Toute activité accessoire, dans la limite du service hebdomadaire hospitalier de 4 à 6 demi-journées
<b>Création ou reprise d'une entreprise privée (cabinet libéral)</b>	Interdite	Possible, à condition d'assurer un service hebdomadaire hospitalier de 4 à 6 demi-journées

Source : décret du 27 janvier 2017<sup>1</sup>

Le contrôle du cumul d'activités des fonctionnaires hospitaliers, des agents contractuels employés par l'établissement public de santé et des praticiens hospitaliers a été précisé par un décret du 30 janvier 2020<sup>2</sup>. Il est dans tous les cas **exercé par le directeur d'établissement**<sup>3</sup>, auquel l'intéressé est **tenu de présenter une déclaration écrite** par laquelle il mentionne la nature de l'activité envisagée, mais **diffère selon le régime de cumul demandé**.

S'il s'agit d'un *cumul d'activités*, l'autorisation du directeur d'établissement est présumée acquise, sauf opposition expresse s'il estime le cumul incompatible avec l'intérêt du service. S'il s'agit de l'exercice d'une *activité accessoire*, le formalisme est légèrement augmenté : le directeur doit notifier sa décision à l'intéressé dans un délai d'un mois et son silence vaut

<sup>1</sup> Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique.

<sup>2</sup> Décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique.

<sup>3</sup> Le contrôle s'exerce à l'égard de ce dernier par le directeur général du centre national de gestion (CNG).

rejet de la demande. Enfin, s'il s'agit d'une demande de *création ou de reprise d'activité libérale*, le directeur peut, en cas de doute sur la compatibilité de la demande avec les intérêts du service, saisir pour avis le **référént déontologue** de l'établissement, sans que cette saisine suspende le délai de deux mois au-delà duquel le silence vaudra rejet. Si l'avis du référént ne permet pas de lever le doute, le directeur d'établissement est tenu de saisir sans délai la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP), dont la saisine suspend le délai de deux mois.

Ainsi, le contrôle du cumul d'activités des agents des établissements publics de santé repose sur un double pilier censé en garantir l'effectivité : **régime de déclaration obligatoire et contrôle discrétionnaire assuré par le directeur d'établissement.**

### ***B. Le fichier national de déclaration à l'embauche***

Le fichier national de déclaration à l'embauche visé par le présent article 4 *quater* désigne un traitement automatisé de données mis en place en 2012 par le conseil d'administration de Pôle emploi, qui centralise et exploite l'ensemble des données personnelles provenant des **déclarations préalables à l'embauche (DPAE) que les employeurs privés sont tenus d'adresser pour chaque embauche aux organismes de sécurité sociale compétents.**

Aux termes de l'article R. 1221-1 du code du travail, les données figurant aux DPAE sont le nom de l'employeur, le nom du salarié, la date et l'heure de l'embauche, la nature et la durée du contrat.

La demande de création de ce fichier national par Pôle emploi adressée à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)<sup>1</sup> spécifiait ses **finalités**, à savoir la constitution d'une « *base de données à caractère personnel à finalité statistique permettant à Pôle emploi de mesurer l'impact de son offre de service sur le chômage et l'emploi ainsi qu'à mieux caractériser le retour à l'emploi des demandeurs d'emploi* », l'amélioration du « *suivi et de l'accompagnement des demandeurs d'emploi* » et la prévention des indus et des fraudes.

Ses seuls **utilisateurs** sont à ce jour les agents de Pôle emploi dûment habilités chargés des études statistiques et des missions d'indemnisation, de suivi et de prévention des fraudes.

---

<sup>1</sup> Dont le contenu est repris par la délibération de la CNIL n° 2012-179 du 31 mai 2012 portant avis sur un projet de décision du conseil d'administration de Pôle emploi relative à la mise en œuvre d'un traitement automatisé portant acquisition et exploitation de données à caractère personnel provenant des déclarations préalables à l'embauche et constitution d'une base de données à caractère personnel à finalité statistique.

**C. Le présent article 4 quater propose de mettre le fichier national des DPAE au service du contrôle du cumul irrégulier d'activités à l'hôpital**

Le présent article insère un nouvel article au code de la santé publique, au sein du chapitre dédié aux liens d'intérêt et à la transparence, qui **habilite les établissements publics de santé, sans désigner explicitement les personnes physiques concernées, à consulter le fichier national des DPAE** en vue de contrôler le cumul irrégulier d'activités tel que défini par l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978<sup>1</sup>, la consultation de ce fichier se ferait dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL. Interrogée par votre rapporteur, cette dernière a confirmé « *que la possibilité pour les établissements publics de santé de consulter ce fichier en vue de contrôler le cumul irrégulier d'activité n'était pas prévue par la décision du conseil d'administration de Pôle emploi et qu'elle répond à des finalités nouvelles* » et qu'elle « *se prononcera sur cet élargissement des finalités et de la liste des destinataires du fichier national des déclarations préalables à l'emploi* ».

**II - Un article dangereux et inopportun, en conséquence supprimé par la commission**

Aux yeux de votre rapporteur, le présent article 4 quater pose **trois grands types de problèmes**, à raison de sa constitutionnalité, de son effectivité et de son opportunité.

**A. Un dispositif manifestement inconstitutionnel**

Le régime actuel du contrôle du cumul irrégulier d'activités, issu de dispositions législatives et réglementaires récentes particulièrement attentives à ce que les obligations de service soient respectées, dote le directeur d'établissements de pouvoirs substantiels mais enchâssés dans une procédure l'obligeant au dialogue avec l'intéressé. Le présent article 4 quater lui attribuerait, en surplomb, un **pouvoir quasi-inquisitorial et unilatéral de consultation d'un fichier nominatif**, que la loi, soucieuse de protéger la vie privée des personnes vis-à-vis de leur employeur, n'attribue normalement pas à l'autorité hiérarchique (ou, dans le cas des praticiens hospitaliers, à l'autorité de nomination).

En considérant son articulation avec les dispositions existantes en matière de contrôle, votre rapporteur déduit que **ce pouvoir de consultation, dont le directeur userait en cas de doute sur le respect de l'obligation de service, interviendrait en complément de celui dont il dispose déjà** en matière d'autorisation de cumul et qui comprend, dans le seul cas de la création ou reprise de cabinet libéral, l'obligation de saisir pour avis le déontologue puis la HATVP. La disposition ne paraît donc pas revêtir de caractère essentiel.

---

<sup>1</sup> Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Par ailleurs, depuis la consécration constitutionnelle du respect de la vie privée, il appartient au Conseil constitutionnel d'apprécier la **proportionnalité des atteintes** que le législateur consent à y porter par rapport aux objectifs définis. Le dispositif du présent article 4 *quater*, qui prévoit la consultation de données nominatives à l'insu de l'agent employé par l'établissement, semble pouvoir être qualifié comme tel, et ne paraît manifestement pas justifié en ce que :

- la procédure actuelle de contrôle du cumul irrégulier d'activités est déjà assurée par un nombre important d'acteurs, laisse un pouvoir d'appréciation important à l'autorité décisionnaire et protège, grâce au régime déclaratoire, la vie privée de l'intéressé ;

- la recherche et le constat d'infractions constitutives de cumul irrégulier d'emploi, ne pouvant être attribués à l'autorité hiérarchique de l'agent, sont des missions déjà spécifiquement exercées par des **corps d'agents dédiés**, que par ailleurs l'article 4 *quater* mentionne.

### **B. Un dispositif largement inopérant**

De prime abord, votre rapporteur s'interroge sur la capacité qu'auraient les services de Pôle emploi, à l'heure actuelle seuls destinataires et utilisateurs du fichier national des DPAE, à **assurer l'interopérabilité nécessaire** à ce que l'ensemble des établissements publics de santé - n'usant pas tous du même système d'informations - puissent avoir accès, pour les seuls agents les concernant, aux données nominatives de ce fichier. À ce simple égard, le dispositif porté par l'article 4 *quater* pose des problèmes difficilement surmontables de réalisation.

Néanmoins, c'est surtout son **intérêt** que l'on peut questionner. La consultation du fichier national fournirait à l'établissement public de santé l'identité des employeurs éventuels de ses agents publics, mais ne serait **d'aucune utilité pour la recherche des activités libérales des praticiens hospitaliers** qui, par nature, ne donnent pas lieu à la signature d'un contrat de travail et ne font donc pas l'objet de DPAE.

Les travaux de l'Assemblée nationale n'ont pas encore permis de lever cette ambiguïté : soit l'intention est bel et bien de lutter contre le cumul irrégulier d'activités des PH, auquel cas le dispositif est inopérant, soit l'article vise en réalité le cumul irrégulier d'activités des fonctionnaires hospitaliers et des agents contractuels, auquel cas l'autorité hiérarchique n'est de toute façon pas habilitée à rechercher et contrôler le travail irrégulier de ses agents.

### **C. L'opportunité de la mesure en question**

Au-delà des arguments préalablement exposés, l'**opportunité** de l'article 4 *quater* se révèle, aux dires mêmes de la rapporteure de l'Assemblée nationale, **plus que discutable**. Son rapport, contraint au paradoxe, déplore d'une part les « situations de cumul irrégulier [qui] révèlent la nécessité

*d'assouplir [le] statut » de praticien hospitalier mais assure d'autre part que, « dans l'immédiat, il convient de garantir que les dispositions relatives au cumul d'activités sont contrôlées et respectées ».*

La présence de cet article au sein d'une proposition de loi prétendant transcrire les engagements du Ségur de la santé est d'autant plus **incompréhensible** que ses conclusions formulent la recommandation exactement inverse, à savoir **d'augmenter l'attractivité de l'exercice en hôpital public** et de « *faciliter les passerelles entre public et privé par une refonte statutaire allant jusqu'à la reconnaissance du statut de praticien hospitalier à quotité réduite de temps afin de permettre les exercices mixtes* » (mesure 11).

**En conséquence, la commission a adopté un amendement COM-85 de suppression de cet article.**

## CHAPITRE IV

### SIMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

#### *Article 5*

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

*Cet article propose de refonder la gouvernance médicale de l'établissement public de santé, dont le code de la santé publique ne prévoit que l'organisation en pôles d'activités, en valorisant le rôle du chef de service. La commission se montre globalement favorable à cet article, mais lui a apporté d'importantes modifications visant à clarifier les compétences entre pôle et service et à rendre plus effective la délégation de gestion hospitalière.*

#### **I - Une attente forte des praticiens hospitaliers : la revalorisation du rôle du chef de service**

##### **A. La gouvernance médicale des établissements publics de santé : une demande forte des praticiens d'une responsabilité accrue des unités de soins**

L'organisation interne d'un établissement public de santé obéit à plusieurs règles dont les principes figurent à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique (CSP). Il y est notamment prévu que le directeur d'établissement définit l'organisation de l'établissement en **pôles d'activité** conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement (CME). Laissée à la libre appréciation des autorités gestionnaire et médicale de l'établissement, la

répartition des activités en pôles respecte, sans qu'elle y soit tenue, un **principe de continuité de soins ou de cohérence médicale**.

Ces pôles d'activité sont eux-mêmes composés de **services, départements et structures** dont la vocation peut être soit :

- **soignante**, quand l'activité de ces structures est à dominante médicale ou chirurgicale ;

- **médico-technique**, quand l'activité de ces structures vient en soutien des premières (essentiellement des structures de pharmacie, de biochimie ou de bactériologie).

La nomination des **chefs de pôle**, pour une période de quatre ans renouvelable, revient au directeur d'établissement, sur proposition du président de la CME. En raison du statut de praticien hospitalier (PH), qui leur assure l'indépendance de leur pratique, le directeur d'établissement est dépourvu d'autorité hiérarchique sur les chefs de pôle, dont l'action au sein de l'établissement est définie par un **contrat de pôle**. Ce document, cosigné par le directeur, le chef de pôle et le président de la CME, précise les objectifs du pôle et atteste leur conformité avec le projet médical de l'établissement.

Il est également prévu que le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Les structures internes au pôle ne font l'objet, à l'heure actuelle, que de peu de dispositions réglementaires. L'article R. 6146-4 précise que la nomination des « *responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique* », autrement dit des chefs de service, obéit aux mêmes formes que celle des chefs de pôle et l'article R. 6146-9 prévoit que les missions et les responsabilités des chefs de service sont définies par un **projet de pôle**, élaboré par le chef de pôle à l'issue d'une concertation interne. Le reste des dispositions régissant l'organisation interne des structures médicales de l'établissement est renvoyé à son **règlement intérieur**.

La consécration du pôle d'activité comme maillon matriciel de l'hôpital public, initiée au début des années 2000 et achevée en 2007, a découlé de l'exigence de retenir, pour permettre une certaine déconcentration de la gestion tout en garantissant la liberté d'organisation de l'hôpital, un **échelon intermédiaire entre le service et la direction**. De l'avis général des directions d'établissement, la pertinence du pôle d'activité comme *maille organisationnelle* n'a jamais été discutée : tant la concertation des conférences hospitalières de 2013<sup>1</sup> que le rapport du professeur Olivier Claris se sont faits l'écho de cette appréciation constante.

---

<sup>1</sup> Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, rapport des conférences hospitalières à Mme Marisol Touraine, 2013.

C'est s'agissant de la *maille décisionnelle* que des améliorations potentielles ont été identifiées par le rapport Claris, dont les deux principales sont :

- le **repositionnement du service de soins**, niveau de référence pour les équipes soignantes comme pour les patients, au centre de la gouvernance de l'établissement ;

- l'**approfondissement de la délégation de gestion aux pôles et aux services**, dont votre rapporteur a compris qu'elle était insuffisamment pratiquée et engendrait à l'heure actuelle d'importants blocages tels « *la lourdeur des circuits de décision, l'absence de réponses, le manque de temps et de moyens, l'absence de légitimité* ».

Sur ces deux sujets, le rapport Claris a pris des positions très fortes. Aux termes d'un sondage organisé par la mission, il apparaît que 65 % des personnels hospitaliers (et plus particulièrement, 80 % des praticiens) estiment que **les services n'ont pas trouvé de voie d'expression au sein des pôles** et qu'à ce titre, « *le binôme chef de service-cadre de proximité est ressenti de manière quasi-unanime comme l'attelage managérial majeur qu'il est indispensable de reconnaître et d'installer en proximité* ».

De même, la mission a préconisé que la délégation de gestion au profit des chefs de pôle soit plus marquée dans les domaines de la **gestion des ressources humaines**, des **investissements courants** et de la disposition d'une **enveloppe de dépenses de fonctionnement négociée annuellement**.

#### **B. Le présent article 5 traduit en termes législatifs l'une des propositions du rapport Claris**

Dans sa version initiale, le présent article 5 précisait l'article L. 6146-1 du CSP en indiquant qu'au sein des pôles d'activité, les services constitueraient « *l'échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement des équipes, des internes et étudiants en santé et de la qualité de vie au travail* ».

La fonction de chef de service était par ailleurs élevée au rang législatif, ainsi que son association à la définition de la « *stratégie médicale et aux projets d'évolution de l'organisation de l'établissement* ».

Un **amendement de réécriture globale de la rapporteure de l'Assemblée nationale**, adopté en commission des affaires sociales, a apporté d'importantes précisions au dispositif :

- plutôt que de compléter l'article du CSP relatif aux pôles d'activité, l'article 5 tel qu'adopté par l'Assemblée nationale codifie la mesure dans un **article à part** ;

- en application de la recommandation du rapport Claris, le principe d'une **collaboration étroite du chef de service avec le cadre de santé** est inscrit dans la loi. Aux termes du décret du 26 décembre 2012<sup>1</sup>, le cadre de santé appartient un corps de fonctionnaires hospitaliers et exerce, dans la grande majorité des cas, les fonctions d'encadrement infirmier du service ;

- il précise également le mode de nomination du chef de service qui, contrairement au chef de pôle, devrait être nommé par **décision conjointe du directeur d'établissement et du président de CME**, afin d'assurer la stricte égalité décisionnelle des deux autorités. Cette décision serait prise après l'avis du chef de pôle et à l'issue d'une concertation des personnels affectés dans le service ;

- il détaille les modalités de l'association du chef de service et du cadre de santé à la **politique médicale de l'établissement** en précisant les termes de la version initiale : le **projet d'établissement** et le **projet de gouvernance et de management participatif**, ce dernier étant issu de l'article 11 de la présente proposition de loi, seraient désormais discutés avec leur concours. Cette précision est particulièrement bienvenue dans la mesure où elle répond à l'un des constats du rapport Claris, qui indiquait que les **chefs de service étaient majoritairement insatisfaits de leur niveau d'information sur le projet d'établissement** ;

- dans la déclinaison de la politique d'établissement à l'échelon du pôle, l'article 5 précise l'association du chef de service par le chef de pôle et prévoit la **possibilité pour ce dernier de lui déléguer sa signature pour la mise en œuvre du contrat de pôle** ;

- enfin, en lien avec la compétence attribuée au chef de pôle à son échelon, le chef de service « *participerait* » à la **concertation interne** et favoriserait le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

L'Assemblée nationale a par ailleurs apporté, en séance publique, plusieurs modifications rédactionnelles à cet article.

---

<sup>1</sup> Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.

## II - La commission favorable à l'adoption de cet article, sous réserve d'indispensables précisions quant aux conflits de compétences potentiels entre le pôle et le service

### A. Un renforcement bienvenu du rôle du chef de service, à condition de mieux clarifier ses prérogatives au sein du pôle

Votre rapporteur se montre 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. Il signale néanmoins quelques faiblesses de sa rédaction, qui risquent de rendre le dispositif partiellement inopérant.

D'une part, les modalités de nomination du chef de service, telles que précisées par l'amendement de réécriture de la rapporteure de l'Assemblée nationale, font courir aux autorités concernées (directeur d'établissement et président de CME) un **risque de blocage**. Bien que sensible à l'idée d'une décision conjointe de l'autorité gestionnaire et de l'autorité médicale, qui matérialise l'une des revendications fortes du Ségur de la santé sur la « remédicalisation » de la gouvernance hospitalière, votre rapporteur estime préférable d'éviter les conflits potentiels en **prévoyant la décision du directeur d'établissement en dernier recours**.

Par ailleurs, conditionner la nomination du chef de service à la concertation des personnels affectés dans ce service, qui tente de donner un vernis démocratique à la désignation d'une autorité fonctionnelle, ne paraît pas opportun en ce que cela alourdirait la procédure et donnerait un poids non justifié aux personnels du service affectés de façon temporaire.

Aussi, votre commission a adopté un **amendement COM-87** de votre rapporteur traduisant ces modifications.

D'autre part, plusieurs acteurs auditionnés par votre rapporteur, médicaux et administratifs, ont exprimé leurs inquiétudes quant aux ambiguïtés qu'introduisait l'article 5 sur **les compétences du chef de service par rapport à celles du chef de pôle**.

À ce stade, et sans présumer des dispositions réglementaires qui en détailleront le contenu, il paraît simplement souhaitable de sécuriser la compétence des chefs de service sur les domaines que l'article 5 leur réserve, en la rendant **explicitement exclusive**. Cette exclusivité doit également s'entendre du rôle qu'attribue le présent article au chef de service en termes de **concertation interne**, et ce d'autant plus que le rapport des conférences hospitalières de 2013 avait déploré des « modalités de concertation et consultation internes aux pôles souvent insatisfaisantes, le lien entre les responsables de pôles et l'ensemble des personnels étant perçu comme insuffisant ».

Votre commission a adopté un **amendement COM-86** de votre rapporteur en conséquence.

Enfin, votre rapporteur a jugé utile d'approfondir les dispositions de l'article qui précisent le degré d'association du chef de service aux différents projets définitoires de la stratégie de l'établissement, en y **ajoutant le projet médical partagé** (PMP) élaboré dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette proposition comblerait une lacune pointée par le rapport Claris, selon lequel le niveau d'information des praticiens hospitaliers sur le PMP est jugé par ces derniers particulièrement insuffisant.

C'est le sens de l'**amendement COM-88** qu'a adopté votre commission.

### **B. La nécessité de porter au niveau législatif le cadre supérieur de santé**

Le présent article 5, en consacrant le chef de service au niveau législatif, en a fait de même avec le **cadre de santé paramédical**, qui n'avait jusqu'à présent qu'une existence réglementaire. Votre rapporteur, qui ne doute pas que cette introduction nécessitera quelques aménagements ultérieurs, prend acte de cette nouvelle égalité de traitement ménagée par la loi entre le corps médical et le corps paramédical. Il est par ailleurs tout à fait profitable que le cadre de santé du service soit associé, au même titre que le chef de service, à la définition du projet d'établissement.

En toute cohérence, et compte tenu des remarques faites à votre rapporteur par plusieurs collectifs d'acteurs hospitaliers, il semble nécessaire d'en faire de même avec le **cadre supérieur de santé**, qui appartient au même corps que le cadre de santé et qui exerce ses fonctions à l'échelle du pôle. Ainsi, l'**amendement COM-86** adopté par votre commission prévoit que **le cadre supérieur de santé soit étroitement associé à la discussion du contrat de pôle et joue un rôle actif dans la concertation interne du pôle.**

### **C. Un grand absent de l'article 5 : l'approfondissement de la délégation de gestion aux pôles**

Malgré leur satisfaction quant au dispositif de l'article 5, les directeurs d'établissement auditionnés ont déploré que la seconde recommandation du rapport Claris relative à la gouvernance médicale – à savoir la poursuite de la délégation de gestion au sein de l'établissement – n'ait fait l'objet d'aucune traduction dans la présente proposition de loi.

Il semble à votre rapporteur que l'article 5 pourrait accompagner ce mouvement souhaitable en matière de gestion hospitalière par deux dispositions :

- la première favoriserait la délégation *verticale*, en tenant compte de la préconisation du rapport Claris, qui souhaite « *engager une démarche affirmée de délégation aux pôles volontaires* » sur les champs suivants : **gestion des ressources humaines, gestion des petits investissements courants, gestion d'une enveloppe budgétaire annuellement allouée ;**

- la seconde se concentrerait sur la délégation *horizontale*, en prévoyant l'obligation, là où le droit actuel se contente d'une faculté, pour les conventions constitutives de GHT de mettre en place des **pôles d'activités interétablissements**.

Le même **amendement COM-86** prévoit deux dispositions en ce sens.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 5 bis*

### **Définition du projet médical**

*Cet article propose de définir le contenu du projet médical d'établissement, qui ne fait pour l'heure l'objet de presque aucune mention dans la loi. La commission approuve cette initiative mais a souhaité la compléter en précisant que son élaboration relève de la commission médicale d'établissement et que son contenu ne puisse aller à l'encontre des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire.*

#### **I – Une consécration législative du projet médical d'établissement**

Les orientations stratégiques de tout établissement public de santé donnent lieu à la rédaction d'un document général, dénommé **projet d'établissement**, qui fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance et que chaque professionnel de santé exerçant dans l'établissement s'engage à respecter.

L'article L. 6143-2 détaille ses composantes. Son noyau est d'abord constitué d'un **projet médical** et d'un **projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques** qui, ensemble, définissent le **projet de prise en charge des patients**. À ces côtés, figurent un **projet psychologique** et un **projet social**.

Dans sa version actuelle, le code de la santé publique (CSP) détaille le contenu du projet social mais, de façon surprenante, passe le projet médical à peu près sous silence, sauf une brève mention à l'article L. 6143-2-2 qui prévoit que ce dernier doit comprendre un volet « activité palliative des pôles ou structures internes ».

Un **amendement de la rapporteure de l'Assemblée nationale**, adopté en séance publique, remédie à cette lacune par l'insertion d'un article additionnel, prévoyant 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 (CPTS) ;

- pour le cas des centres hospitaliers universitaires (CHU), définit l'articulation avec les objectifs stratégiques en matière de recherche.

## **II - La commission favorable, sous réserve de préciser les modalités de l'élaboration du projet médical afin d'y associer les praticiens hospitaliers**

Bien que votre rapporteur approuve l'intention de cet article additionnel, il est contraint de constater que son dispositif ne propose une nouvelle fois qu'une traduction très édulcorée des attentes des professionnels de santé. Il rappelle à ce titre que le **rapport du professeur Claris** a fait du projet médical d'établissement l'un des principaux supports de la revendication forte des praticiens hospitaliers à l'issue du premier confinement du printemps 2020 : la « **remédicalisation** » de la **gouvernance hospitalière**.

### *A. L'association nécessaire de la commission médicale d'établissement à l'élaboration du projet médical*

Il est regrettable que l'opportunité offerte par l'adoption du présent article 5 *bis* n'ait pas été saisie pour traduire certaines de ses propositions en la matière. La principale d'entre elles concerne l'élaboration du projet médical, que l'article L. 6143-7-3 attribue au directeur d'établissement et au président de la commission médicale d'établissement (CME). L'article R. 6144-1 du CSP prévoit une consultation de la CME.

Afin d'associer plus étroitement les praticiens à l'élaboration du projet médical, le rapport suggère que **ce dernier soit conçu, en étroite association avec le directeur, par les membres de la CME**, puis soumis au directoire. Après délibération, le directeur et le président de la CME pourraient demander à la commission de compléter ou de modifier le projet d'établissement. Cette dernière adopterait un projet final en conséquence, lequel serait de nouveau proposé au directoire.

Un **amendement COM-89** de votre rapporteur, adopté par votre commission, introduit cette modification.

Par ailleurs, le présent article 5 *bis* a introduit une disposition particulièrement intéressante en intégrant au projet d'établissement l'association des autres établissements de santé ou médico-sociaux ainsi que des CPTS. Bienvenue dans son esprit, cette disposition est potentiellement concurrente avec celles qui régissent la définition du **projet médical partagé**

(PMP) du groupement hospitalier de territoire (GHT), dont votre rapporteur rappelle qu'**il doit rester le lieu privilégié de l'articulation des parcours de soins entre acteurs de santé à l'échelon d'un territoire**. Aussi, s'il paraît souhaitable que le projet médical d'établissement aborde les questions de partenariat entre établissements et acteurs de santé, il est important que son contenu ne contredise pas le PMP auquel ce même établissement est par ailleurs partie.

C'est l'objet du même **amendement COM-89** de votre rapporteur, adopté par votre commission.

**B. Un oubli dommageable : le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

L'autre occasion manquée de cet article 5 *bis* est le silence maintenu sur la **composante infirmière et médico-technique du projet d'établissement**, dont l'article L. 6143-2 prévoit pourtant qu'elle doit faire l'objet d'un projet distinct.

À ce titre, votre rapporteur estime que, malgré le progrès que représente la consécration législative du projet médical, la formulation très large de l'article 5 *bis* (qui lui attribue les orientations stratégiques en matière de soins et de moyens médico-techniques) comporte **le risque d'une absorption du projet de soins infirmiers par ce dernier** et, en conséquence, d'une tension potentielle entre les différentes professions de santé de l'établissement.

Le rapport du professeur Claris avait par ailleurs fait état de cette étanchéité, qui menait les cadres de santé à ne pas se sentir majoritairement impliqués dans le projet médical et, réciproquement, les praticiens à se sentir écartés du projet de soins infirmiers.

Ainsi, le même **amendement COM-89** de votre rapporteur, adopté par la commission, prévoit **d'associer le projet de soins infirmiers aux missions que le présent article 5 *bis* attribue aux projets médicaux**. Il prévoit par ailleurs une procédure similaire d'élaboration par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Pour les prérogatives de cette instance plus particulièrement, votre rapporteur renvoie au commentaire de l'article 6 de la présente proposition de loi.

**La commission a adopté cet article ainsi 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**

*Cet article propose d'ouvrir aux établissements publics de santé la possibilité de fusionner la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. La commission s'est saisie de cet article, dont le dispositif transcrivait de façon incomplète l'une des propositions du Ségur de la santé, pour affirmer la vocation représentative de la CSIRMT et assurer l'élection de son président par ses membres.*

**I - La possibilité de fusionner la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en une commission médico-soignante**

**A. La comitologie des établissements publics de santé**

Dans le prolongement des précédents articles, qui proposent la refonte de l'organisation médicale de l'établissement public de santé, le présent article 6 inaugure une série d'articles relatifs au sujet plus particulier de la **gouvernance et des instances représentatives de l'établissement**. Ainsi que l'ont rappelé de nombreux acteurs médicaux et administratifs auditionnés par votre rapporteur, ce sujet, qui peut paraître de pure organisation, revêt dans les faits une importance cruciale pour les professionnels de santé hospitaliers, pour lesquels **l'attractivité de la fonction est étroitement liée à l'importance de leur représentation auprès de la direction**.

La pluralité des métiers et des statuts réunis par un établissement public de santé explique qu'une **importante comitologie** se soit organisée autour de la direction d'établissement, dotée selon les métiers et les vocations de fonctions variables :

- la **commission médicale d'établissement** (CME), qui a la double qualité d'**organe représentatif** et d'**organe fonctionnel** et dont le président est actuellement le principal interlocuteur du directeur d'établissement, auprès duquel il porte la voix des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Outre ses fonctions de représentation des praticiens auprès de la direction, le président de la CME est doté d'importantes prérogatives consultatives et décisionnaires concernant l'organisation médicale de l'établissement. Il siège au sein du directoire en qualité de vice-président ;

- la **commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques** (CSIRMT), bien que composée de représentants élus des cadres de santé, des personnels infirmiers et des aides-soignants, n'est pas reconnue

par le code de la santé publique (CSP) comme un organe représentatif, mais uniquement comme **organe fonctionnel et consultatif**. Sa présidence revient de droit à un **directeur des soins infirmiers**, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur de l'établissement, et qui siège ès qualité au directoire ;

- le **comité social d'établissement** (CSE), appelé à se substituer à l'actuel comité technique d'établissement et auquel la loi attribue la qualité d'**organe représentatif** et d'**organe consultatif**. Ses missions, qui doivent faire l'objet d'une traduction réglementaire prochaine, comprennent essentiellement l'examen des conditions de vie au travail.

Au cours des auditions de votre rapporteur, le présent article 6 a fourni à plusieurs reprises l'occasion de rappeler la différence de nature, difficilement justifiable aux yeux des cadres de santé et des personnels infirmiers, qu'entretient la loi entre la CME et la CSIRMT, alors que ces deux instances constituent de fait, au-delà des missions et fonctions que la loi leur assigne, les espaces d'expression des intérêts et revendications des corps médicaux et paramédicaux exerçant à l'hôpital.

Si la **vocation « dirigeante » de la CME**, à l'image de l'autorité fonctionnelle qu'exerce dans le service et dans le pôle le professionnel médical sur le professionnel paramédical, pouvait jusqu'à présent **expliquer que les deux commissions soient différemment traitées au regard de leur participation à la direction** de l'établissement, l'intention du présent article 6 a remis ce postulat en cause.

*B. L'article 6 prévoit la possibilité de fusionner la CME et la CSIRMT en une commission médico-soignante unique*

La version initiale du présent article 6 prévoyait simplement la possibilité, pour une durée de douze mois à compter de la promulgation de la présente proposition de loi, de « regrouper » la CME et la CSIRMT.

Un **amendement de réécriture globale** de la rapporteure de l'Assemblée nationale, adopté par la commission des affaires sociales, a profondément remanié le dispositif en lui ôtant sa dimension expérimentale et en lui apportant les précisions d'application suivantes :

- la possibilité de simple regroupement prévu par la version initiale, qui n'aurait juridiquement pas fait disparaître la dualité entre les deux organes, est remplacé par une **possibilité de fusion** de la CME et de la CSIRMT en une « **commission médico-soignante** » (CMS) ;

- ce droit d'option est **exercé par le directeur de l'établissement, sur proposition conjointe des présidents de la CME et de la CSIRMT**, dont votre rapporteur rappelle qu'ils sont respectivement un membre élu du corps médical et le directeur des soins infirmiers nommé par le directeur d'établissement, et après consultation du conseil de surveillance. La décision doit préalablement recueillir l'**avis conforme des deux commissions** ;

- en cas d'exercice de ce droit d'option, la commission médico-technique se substitue pleinement aux commissions préexistantes ;

- lorsqu'il constate des manquements ou des dysfonctionnements ou lorsqu'une majorité des membres de la commission représentant le corps médical ou une majorité des membres de la commission représentant le corps paramédical l'en saisit, le directeur d'établissement peut prononcer la **dissolution** de la commission médico-soignante.

Il est par ailleurs précisé que la présidence de la commission serait attribuée à un membre élu du corps médical. Le « *coordonnateur général des soins infirmiers* », fonction qui n'est actuellement définie que par voie réglementaire mais qui est assumée par le directeur des soins infirmiers président de la CSIRMT, se verrait attribuer de droit la vice-présidence, répliquant ainsi le principe de l'**élection au sein du corps médical** et de la **nomination au sein du corps paramédical**. Le président et le vice-président de la CMS exerceraient respectivement les fonctions actuellement reconnues au président de la CME et au président de la CSIRMT.

Un amendement de Mme Anissa Khedher, adopté en séance publique, a enfin précisé que les professions médicales et paramédicales devaient être **équitablement représentées** au sein de la CMS.

## **II - La commission adopte cet article issu d'une proposition du Ségur de la santé, sous réserve de faire de la CSIRMT un organe représentatif qui porte les intérêts du corps paramédical auprès de la direction**

### **A. Une proposition du Ségur de la santé imparfaitement transcrite dans la proposition de loi**

Le dispositif du présent article 6, qui **donne partiellement suite à l'une des recommandations issues du Ségur de la santé**, laisse en l'état votre rapporteur quelque peu perplexe. En ce qu'il introduit un droit d'option ouvert aux personnels médicaux et paramédicaux, dont l'accord conjoint reste indispensable à l'établissement d'une CMS, l'esprit de l'article ne paraît pas comporter d'innovation majeure, mais permet seulement aux établissements volontaires d'alléger leur comitologie.

Il a néanmoins semblé important à votre rapporteur de préciser que la décision de dissolution de la CMS par le directeur devait être **liée** si elle émanait d'une majorité d'un des deux corps représentés, ce que la rédaction du texte ne paraissait pas explicitement prévoir. L'**amendement COM-91** adopté par votre commission porte donc une précision en ce sens.

Au-delà de son dispositif *stricto sensu*, l'article 6, en proposant que soient fusionnées la CME et la CSIRMT en une instance unique, donne à penser qu'il perçoit ces deux instances comme le versant médical et le versant paramédical d'un même type d'organe, alors même que la loi trace

une distinction profonde entre leurs deux vocations, dont il convient aujourd'hui d'interroger la pertinence.

En effet, la proposition issue des concertations du Ségur, dont le présent article 6 prétend reprendre la substance, ne concevait pas la fusion des deux commissions métiers de l'établissement **sans avoir préalablement aligné leur fonction, leur association à la direction de l'établissement et la désignation de leur président**. À défaut de ces préalables, le présent article 6, en faisant cohabiter au sein de la CMS deux légitimités et deux vocations distinctes, présente un risque important d'**absorption (et non plus de fusion) de la CSIRTM par la CME**.

#### Recommandation du rapport Notat sur les instances représentatives hospitalières

	Organisation actuelle peu intégrée	Organisation très intégrée
Système de prise de décision	Directeur et PCME (élu)	Directeur, PCME, Pdt de la CSMIRT élu
Instances	CME et CSMIRT séparées  (La CSMIRT, réunissant surtout l'encadrement, est présidée par le coordonnateur général des soins nommé par le directeur)	Commission <b>médico-soignante</b> réunissant <b>tous les statuts</b> , à plusieurs formations

Ce risque est amplifié par le contexte que le collectif Inter-hôpitaux a rappelé avec force à votre rapporteur : le défaut d'attractivité pour les personnels paramédicaux fait peser une menace extrêmement préoccupante sur l'avenir de l'hôpital public, et le **défaut de participation de ces corps à la direction en est une des principales causes**. Sont directement visées l'absence de vocation représentative de la CSIRMT et la nomination de sa présidence.

Aussi, en cohérence avec l'article 5 *bis* sur la définition du projet d'établissement tel qu'il résulte des travaux de la commission, un **amendement COM-90** de votre rapporteur a été adopté qui 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. En conséquence, l'amendement COM-91 précité prévoit qu'en cas de constitution de CMS, le vice-président sera, à l'instar du président, élu également.

L'objectif de cet amendement est de **rehausser le rôle de la CSIRMT parmi les organes de l'établissement**, afin de garantir aux personnels

paramédicaux la représentation assurée par ailleurs au corps médical et la participation au projet d'établissement. Il convient de signaler que l'adoption de cet amendement n'emporte pas la suppression de la fonction de directeur des soins infirmiers, dont la mission de coordination est préservée et dont la place au directoire peut être maintenue<sup>1</sup>.

**B. L'occasion manquée de porter la possibilité de fusion des instances au niveau du GHT**

Par ailleurs, votre rapporteur déplore une nouvelle fois que, partant d'une intention louable, le présent article 6 n'ait pas totalement exploité le principe dont il propose l'adoption.

En effet, le rapport du professeur Claris, dans sa recommandation n° 38, préconise explicitement que les projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) évoluent vers des **projets médico-soignants partagés**. À ce stade, la réglementation relative aux GHT restreint les possibilités de fusion à la seule commission médicale de groupement (CMG), exclusivement composée des présidents et de membres des CME des établissements parties, alors même que l'article R. 6132-5 du CSP mentionne, sans le développer davantage, le droit du GHT d'établir un « projet de soins partagé ».

Il semble donc qu'il faille préciser dans la loi l'opportunité d'**ouvrir les mutualisations permises par le GHT aux soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**. Votre rapporteur souligne que l'**amendement COM-90**, adopté par votre commission, par lequel il a apporté cette précision, ne peut être concurrent avec l'habilitation accordée par le Parlement à légiférer par ordonnance sur les GHT<sup>2</sup>, cette dernière étant strictement limitée aux CME des établissements parties.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Cf. commentaire de l'article 9.

<sup>2</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 37.

*Article 6 bis*

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

*Cet article propose que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques soit consultée sur le programme d'investissement en équipements médicaux. La commission a adopté cet article, en élargissant cette nouvelle prérogative à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.*

**I - Un avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sur les investissements médicaux de l'établissement**

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique (CSP) décline les compétences qui sont reconnues au directeur d'établissement et qu'il ne peut exercer qu'après **concertation avec le directoire**. Figurent parmi ces compétences la **détermination du programme d'investissement**, que précède obligatoirement l'avis de la commission médicale d'établissement (CME) pour les investissements en équipement médical.

Le présent article 6 *bis*, issu d'un amendement de la rapporteure de l'Assemblée nationale adopté en séance publique, reprend une préconisation issue des travaux du Ségur de la santé de **renforcer le rôle de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)**. Il prévoit en conséquence que le programme d'investissement, pour ce qui concerne les équipements médicaux, doive **également recueillir l'avis de cette commission**.

**II - La commission favorable, sous réserve d'un approfondissement en cohérence du dispositif**

À l'instar de l'article 6, votre rapporteur salue l'intention du présent article 6 *bis*, qui donne corps aux préconisations du Ségur de santé, mais déplore une nouvelle fois que **la démarche n'ait été qu'en partie accomplie**.

Le rapport Notat ne limite pas l'extension du rôle de la CSIRMT à la production d'un avis sur la politique d'investissement médical de l'établissement, mais en appelle à ce que sa place soit redéfinie en profondeur dans le système de décision, et **son avis recueilli en toute matière**.

Pour l'heure, il semble primordial à votre rapporteur qu'en plus de la politique d'investissement, **la CSIRMT soit consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** et que son président - dont l'article 6 issu des travaux de votre commission a prévu l'élection - participe, conjointement au directeur et au président de la CME, à la prise de toute décision s'y référant.

C'est le sens de l'**amendement COM-92** de votre rapporteur, adopté par votre commission.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Article 7 (supprimé)*

**Poursuite de l'intégration des groupements hospitaliers de territoire par le prisme des directions communes**

*Cet article propose d'attribuer, en cas de vacance de poste, l'exercice d'une direction commune d'établissements parties à un groupement au directeur de l'établissement support. Opposée au caractère systématique de cette attribution, l'Assemblée nationale a supprimé cet article. La commission a évoqué l'intérêt qu'il y aurait à substituer à l'obligation initiale la possibilité d'une direction commune, à la condition stricte d'un consensus des parties, mais a toutefois maintenu la suppression de l'article.*

**I - La direction commune d'établissements parties à un groupement hospitalier de territoire : le rejet d'un remplacement systématique par le directeur de l'établissement support**

**A. Le régime juridique de la direction commune et de la direction d'intérim d'établissement : une procédure complexe qui fait intervenir de multiples acteurs**

Le présent article 7, supprimé à l'issue de la première lecture à l'Assemblée nationale, traite de la **direction commune d'établissements** dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT).

À l'heure actuelle, ainsi que le signale la Cour des comptes dans son enquête sur les GHT réalisée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat<sup>1</sup>, les dispositions qui précisent le régime juridique des directions communes sont éparpillées et relativement peu nombreuses.

Un décret du 2 août 2005<sup>2</sup> prévoit que « **sur délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance de plusieurs établissements [publics de santé], ceux-ci peuvent être gérés, dans le cadre d'une convention établie à cet effet, par une direction commune** ». L'initiative de la convention de direction commune peut également appartenir au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Cette convention peut être **dénoncée par une délibération du conseil d'administration ou de surveillance de l'un des établissements composant cette direction commune**.

---

<sup>1</sup> Les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin, rapport d'information de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, octobre 2020.

<sup>2</sup> Décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Un décret du 26 décembre 2007<sup>1</sup> précise ces dispositions, en prévoyant que la nomination du directeur commun doit intervenir parmi les personnels de direction de ces établissements, par arrêté du directeur général du centre national de gestion (CNG) pris sur proposition du directeur général de l'ARS, après le recueil des avis des présidents du conseil d'administration ou du conseil de surveillance.

Par ailleurs, le décret du 2 août 2005 dispose qu'en cas de **vacance d'emploi ou d'absence** d'un directeur d'établissement public de santé, toute mesure nécessaire en vue de **faire assurer l'intérim** de ces fonctions est prise par le directeur général de l'ARS.

Ces dispositions réglementaires, prises avant la promulgation de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaurant les GHT, n'ont pas encore connu d'adaptation à ce nouveau cadre. En effet, la loi instaurant les GHT n'a **pas explicitement intégré dans le champ limitatif de leur convention constitutive le cas des directions communes ou de la direction d'intérim**, qui continuent par conséquent de relever des décrets de 2005 et 2007. Ainsi, alors que la plupart des compétences déléguées au groupement s'exercent dans le cadre d'un organe collégial – le comité stratégique – la décision de direction commune continue de relever de chaque conseil de surveillance décidant isolément.

**B. L'article 7: une tentative avortée de revêtir de simplifier l'exercice de la direction commune et de la direction d'intérim au sein d'un GHT**

L'examen du présent article 7 à l'Assemblée nationale a connu une évolution à rebondissements. Sa **version initiale** prévoyait que tout « *poste de chefferie d'établissement* » dans un GHT **laissé vacant** serait systématiquement confié à l'établissement support du groupement, sauf opposition du directeur général de l'ARS. Par une rédaction relativement alambiquée, l'établissement partie concernée par la vacance « devenait » alors une direction commune de l'établissement support.

Un amendement de la rapporteure de l'Assemblée nationale adopté en commission des affaires sociales a procédé à quelques ajustements :

- en limitant le cas de vacance à la **direction d'un établissement partie** ;
- en prévoyant que la période de vacance donnait lieu à l'exercice d'un **intérim** par le directeur de l'établissement support, et non à une attribution définitive ;
- en introduisant la possibilité pour le directeur général de l'ARS, **après un délai d'un an**, d'attribuer définitivement la direction de l'établissement partie à la direction de l'établissement support, après avoir

---

<sup>1</sup> Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

recueilli l'avis du comité stratégique du GHT, du comité territorial des élus locaux et du conseil de surveillance de l'établissement partie concerné.

Cette rédaction atténuée n'est toutefois pas parvenue à contenir les oppositions de nombreux groupes politiques à l'Assemblée, et de plusieurs voix du groupe majoritaire, qui ont perçu dans cet article 7 l'intention de mettre les établissements parties sous la tutelle de l'établissement support et d'ainsi **contraindre le mouvement intégratif** porté par les groupements hospitaliers.

Réaffirmant en séance l'intérêt qu'il peut y avoir à ce « *qu'un directeur de GHT<sup>1</sup> [sic] soit le directeur d'un hôpital qui n'est pas un établissement pivot lorsque sa direction devient vacante* », le ministre des solidarités et de la santé a néanmoins convenu que « *l'esprit du Ségur de la santé privilégie la coconstruction et l'écoute des territoires* » et qu'à ce titre l'introduction d'une gouvernance systématique de l'établissement support en cas de vacance pouvait envoyer le mauvais signal. Au terme d'un débat nourri et contre l'avis de la rapporteure, **l'Assemblée nationale a adopté à une importante majorité les amendements de suppression de cet article.**

## **II - La commission favorable à la direction commune d'établissements au sein du GHT, à la stricte condition d'un consensus entre parties**

Outre sa rédaction relativement ambiguë, qui faisait de l'intérim le préalable obligatoire d'une direction commune d'établissements, le présent article 7 inspire à votre rapporteur une position, similaire à celle qu'il a émise au sujet de l'article 4, de **prudence face aux effets des GHT sur la répartition territoriale de l'offre de soins**. Sans nier à l'outil du groupement hospitalier son utilité réelle pour mieux organiser l'offre de soins à l'échelon d'un territoire de santé, il se montre particulièrement attentif à ce que cette redéfinition de l'offre se fasse en partenariat très étroit avec les territoires et les structures concernés.

Contrairement aux affirmations de la Cour, votre rapporteur ne considère pas comme définitivement démontrée l'innocuité d'une intégration poussée du GHT sur l'équilibre de l'offre de soins au niveau du territoire. Pour autant, il pense indispensable que **la loi accompagne au mieux cette volonté intégrative, dans le cas strict où cette dernière résulte du consensus des établissements parties.**

Ainsi, l'introduction dans la loi d'une disposition prévoyant le **remplacement systématique** d'une direction d'établissement vacante par le directeur de l'établissement support du GHT, rendant obligatoire une démarche laissée jusqu'à présent à la discrétion des parties volontaires,

---

<sup>1</sup> Ce raccourci langagier du ministre est révélateur de la crainte qu'expriment la plupart des élus. Le GHT n'ayant pas de personnalité morale, il ne dispose pas juridiquement de directeur. Aussi, l'attribution d'un titre de « directeur de GHT » au directeur d'établissement support traduit un phénomène d'absorption que les faits semblent étayer sans que le droit ne le prévoie.

crispait inutilement les territoires attachés aux structures hospitalières de proximité, dont ils estiment le maintien menacé par l'intégration au GHT, sans présenter d'avancée juridique particulière.

Pour autant, les dispositions actuelles prévues par les décrets de 2005 et 2007 ne paraissent plus suffisantes pour satisfaire les projets d'intégration des GHT les plus fédératifs. L'étude de la Cour pointe **plusieurs difficultés que le droit actuel pose à la mise en place d'une direction commune** qui, même dans le cadre d'un consensus entre parties, peut être bloquée par la simple dénonciation de l'un des conseils d'administration ou de surveillance des établissements parties. Pour reprendre les termes de la Cour, le régime juridique de la direction commune prévu par le décret du 2 août 2005 paraît « *modeste (simple convention), d'initiative trop élargie (délibération des conseils de surveillance des établissements concernés) et fragile (une délibération contraire peut y mettre fin)* ».

Votre rapporteur ne partage qu'une partie de ce diagnostic. Pour être efficace, une direction commune doit certes être d'**initiative étroite** et ne **pas être exposée à de simples actes de dénonciation** mais son acte de création doit nécessairement **figurer au sein de la convention constitutive**, afin d'assurer la participation de l'ensemble des établissements parties. Il y aurait dans l'avenir un véritable intérêt à **sécuriser le régime juridique de la direction commune, sans la revêtir d'un quelconque effet systématique**.

Pour autant, compte tenu de la sensibilité politique du sujet, votre rapporteur estime plus sage à ce stade de maintenir la suppression de l'article.

**La commission a maintenu la suppression de cet article.**

#### *Article 7 bis*

#### **Création d'un service d'accès aux soins**

*Cet article, inséré en première lecture par l'Assemblée nationale, propose d'inscrire dans la loi le service d'accès aux soins et en définit les finalités.*

*La commission l'a adopté en y apportant plusieurs précisions visant à clarifier l'articulation entre acteurs libéraux et hospitaliers.*

#### **I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : l'inscription dans la loi du service d'accès aux soins prévu par le Pacte de refondation des urgences**

Cet article a été inséré lors de l'examen de la proposition de loi en commission par l'adoption d'un amendement de Thomas Mesnier (député La République en marche), avec l'avis favorable de la rapporteure. Il a fait l'objet d'une nouvelle rédaction globale lors de l'examen du texte en séance publique, par l'adoption d'un amendement du Gouvernement.

### A. Le SAS, une mesure portée par le Pacte de refondation des urgences, en cours d'expérimentation dans 22 sites pilotes

• « Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des français : le service d'accès aux soins » constitue la mesure n° 1 du Pacte de refondation des urgences présenté par la ministre des solidarités et de la santé le 9 septembre 2019. D'après le dossier de presse, il s'agit d'un service ayant vocation à être « accessible de la même manière pour tous les Français, quel que soit leur lieu de résidence ou leur insertion dans le parcours de soins », qui devra être « territorial et piloté de concert par les acteurs hospitaliers des SAMU et les professionnels libéraux des CPTS, en lien étroit avec les services de secours ».

Le rapport remis au Gouvernement par Thomas Mesnier, député, et le Professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière, a précisé les finalités du service d'accès aux soins ainsi que les modalités de sa mise en œuvre opérationnelle. Celui-ci identifie le SAS comme « la clé de voûte d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins » : « fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours, cette plateforme doit permettre aux citoyens (...) de pouvoir accéder 24 h/24 à distance à un professionnel de santé pour des réponses allant du conseil à la téléconsultation, ou l'orienter selon son état de santé, vers une consultation sans rendez-vous ou vers un service d'urgence, voire engager un SMUR ou un transport sanitaire »<sup>1</sup>. Pour les auteurs du rapport, il s'agit de créer un *continuum* autour de l'enjeu de prise en charge des soins non programmés.

L'opportunité de la création d'un service d'accès aux soins a été une nouvelle fois confirmée dans les conclusions du Ségur de la santé<sup>2</sup> qui s'approprient cette recommandation, sous la forme :

- d'une plateforme de gestion des appels avec une co-construction départementale entre les professionnels de santé de l'ambulatoire et les SAMU centre 15 sous l'égide facilitatrice de l'ARS ;

- en parallèle, d'une plateforme de gestion des plages de soins non programmés disponibles par médecin, afin de pouvoir diriger les patients qui n'ont pu joindre leur médecin traitant. Une rémunération particulière des professionnels qui conservent des plages horaires disponibles pour les soins non programmés est renvoyée au cadre conventionnel.

---

<sup>1</sup> « Pour un pacte de refondation des urgences », décembre 2019.

<sup>2</sup> Recommandations de la mission animée par Nicole Notat, Ségur de la Santé, juillet 2020.

• Depuis janvier 2021, le service d'accès aux soins fait l'objet, selon un calendrier de déploiement progressif, d'une expérimentation dans les 22 sites pilotes suivants :

Régions	Territoires
Auvergne-Rhône-Alpes	38 - Isère
	69 - Rhône
	73 - Savoie
Bourgogne-Franche-Comté	21,58 - Côte d'Or et Nièvre
Bretagne	29 - Finistère
	35 - Ille-et-Vilaine
Centre-Val-de-Loire	36 - Indre
	37 - Indre-et-Loire
Grand-Est	57 - Moselle
Hauts-de-France	59 - Nord
	80 - Somme
Ile-de-France	75, 92, 93, 94 - Paris et petite couronne
	78 - Yvelines
La Réunion	974 - La Réunion
Martinique	972 - Martinique
Normandie	50 - Manche
	76 - Le Havre
Nouvelle Aquitaine	16 - Charente
	33 - Gironde
	86 - Vienne
Occitanie	31 - Haute-Garonne
Pays-de-la-Loire	44 - Loire-Atlantique

Source : site internet du ministère des solidarités et de la santé

D'après les informations transmises au rapporteur, seuls quatre sites pilotes ont effectivement démarré, à ce jour, l'expérimentation, selon des modalités diverses d'un territoire à l'autre.

Comme l'a indiqué la DGOS, un seul principe s'impose à tous : le SAS doit avoir un point d'entrée bien identifié pour le patient et répondant aux exigences d'un numéro d'urgence (gratuité, priorité de l'appel...) ; un numéro unique n'est ainsi pas imposé.

L'objectif du Gouvernement est une généralisation du SAS sur l'ensemble du territoire en 2022.

**B. L'inscription du SAS dans la loi : une rédaction modifiée entre l'examen en commission et celui en séance, notamment pour supprimer la référence contestée à un numéro unique**

**1. En commission, l'introduction très critiquée du principe d'un numéro national unique dédié à la santé**

L'article 7 bis introduit par l'Assemblée nationale vise à donner une base législative au service d'accès aux soins.

Dans sa rédaction initiale issue d'un amendement adopté à l'initiative de Thomas Mesnier, cet article modifie l'article L. 6311-2 du code de la santé publique relatif au service d'aide médicale urgente (SAMU) :

- d'une part, pour préciser que le centre de réception et de régulation des appels installé dans les SAMU (centre 15) « doit être porté par les professionnels de santé du territoire s'organisant en communauté professionnelle territoriale de santé » - ce qui conduisait en fait à confier le pilotage des centres 15 par les CPTS regroupant des professionnels libéraux - et pour consacrer le concours obligatoire (et non plus optionnel) des médecins libéraux au fonctionnement des unités de SAMU et centres 15 ;

- d'autre part, pour inscrire le principe d'un « numéro national unique dédié à la santé » (le 113 d'après l'exposé sommaire) distinct des numéros dédiés aux secours et à la sécurité et se substituant au numéro national d'aide médicale urgente (15) et au numéro national de permanence des soins ambulatoires (dont le 116-117 mis en place dans certains départements) introduit par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>1</sup>. D'après l'exposé sommaire, ce « point d'entrée unique ou guichet unique » est appelé à délivrer la réponse appropriée à une situation de soins non programmés « qu'elle soit vitale ou ressentie ».

Cette rédaction inscrivant, en creux, le principe du service d'accès aux soins présentait une formulation sur la forme ambiguë. Elle a suscité sur le fond des **réactions très critiques** de représentants des professionnels libéraux comme des services de secours, **crystallisées autour de la question du numéro unique**.

Les professionnels libéraux ont exprimé la crainte que cette évolution ne conduise à déstructurer les organisations déjà mises en place dans certains territoires pour répondre efficacement aux demandes de soins non programmés. Pour la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, la création du 113 entre en contradiction avec l'engagement du Président de la République de faire du 112, numéro européen de l'urgence, le numéro unique d'appel d'urgence sur le territoire.

## **2. En séance, une rédaction plus consensuelle inscrivant le SAS dans une coopération entre les acteurs ambulatoires et hospitaliers**

L'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement du Gouvernement présentant une rédaction substantiellement différente de celle adoptée par la commission des affaires sociales.

Elle précise d'abord l'articulation entre les unités de SAMU et le service d'accès aux soins (SAS), en précisant que les premières participent au SAS érigé au niveau législatif (a) du 1°).

---

<sup>1</sup> Article 75 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

Si la rédaction maintient le principe d'un concours obligatoire (et non plus optionnel) des médecins libéraux au fonctionnement des unités SAMU et centres 15, elle précise toutefois que **les centres 15 doivent être portés en coopération entre les professionnels de santé du territoire exerçant en établissement de santé et en ambulatoire** « *s'organisant pour mettre en œuvre le service d'accès aux soins* », et non seulement par les seules CPTS visées par le texte issu des travaux de la commission (b) du 1<sup>o</sup>). Cette évolution met en exergue l'exigence de « co-construction ville-hôpital » du SAS réaffirmée dans les travaux du Ségur de la santé.

Cet article crée en outre un **nouvel article L. 6311-3 au sein du code de la santé publique définissant les missions du service d'accès aux soins (2<sup>o</sup>)** et dont les modalités plus précises de mise en œuvre sont renvoyées à des dispositions réglementaires.

Ces missions consistent à « *évaluer le besoin en santé* » de toute personne qui le sollicite, en lui délivrant les « *conseils adaptés* » et en se chargeant, suivant la définition de l'aide médicale urgente donnée à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique, de « *faire assurer les soins appropriés à son état* », c'est-à-dire solliciter toute offre de soins adéquate selon la situation du patient.

Si la référence à un numéro national unique est supprimée à défaut de consensus, il est néanmoins précisé que le SAS assure une régulation médicale « *commune* » pour l'accès aux soins, associant le SAMU et une régulation de médecine ambulatoire, dont la forme n'est pas prédéfinie. **Cette rédaction plus ouverte permet, selon la DGOS, d'éviter l'écueil d'un cadre strict et contraignant** qui ne pourrait rencontrer l'adhésion des acteurs de terrain. Comme pour les expérimentations en cours, cela laisse aux acteurs travaillant déjà en coopération dans certains territoires la faculté de définir leur organisation en matière de numéros d'accès.

Il est néanmoins précisé que conformément à sa vocation de constituer un service « universel », cette régulation est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire.

En outre, la rédaction de l'article mentionne l'exigence d'interconnexion entre les centres de réception et de régulation des appels et les dispositifs des services de police et des services d'incendie et de secours, dans le respect du secret médical. Suivant des travaux déjà engagés, 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.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

## II - La position de la commission : l'ajout de clarifications quant au positionnement du service d'accès aux soins

La commission partage la finalité du service d'accès aux soins de répondre aux attentes de la population pour la prise en charge rapide et adaptée des besoins de soins non programmés et de favoriser une étroite coopération entre les professionnels libéraux et les équipes hospitalières de l'aide médicale urgente. La crise sanitaire a d'ailleurs montré les limites d'une insuffisante coordination des acteurs de l'urgence<sup>1</sup>, déjà soulignées par un rapport de la commission sur les urgences hospitalières<sup>2</sup>.

Si la rédaction finalement adoptée par l'Assemblée nationale, posant un cadre relativement souple, contribue à dissiper certaines inquiétudes, les représentants des médecins libéraux ont exprimé leur grande **vigilance à l'égard des expérimentations du SAS en cours et à la place des acteurs de l'ambulatoire dans l'organisation de ce dispositif.**

L'inscription du SAS dans la loi ne lève pas toutes les questions que sa mise en œuvre opérationnelle soulève, notamment quant à la cohérence et la complémentarité à trouver avec les réponses apportées par les professionnels libéraux, notamment dans le cadre des CPTS, pour répondre aux demandes de soins non programmés ou encore avec l'organisation, par ces mêmes professionnels libéraux, de la permanence des soins ambulatoires les soirs et week-ends.

La commission a apporté plusieurs clarifications en ce sens.

Elle a inscrit, sur la forme, les nouvelles dispositions relatives au service d'accès aux soins dans un **chapitre du code de la santé publique distinct** de celui de l'aide médicale urgente, en adoptant l'**amendement COM-93 du rapporteur**. Elle a également adopté l'**amendement COM-94 du rapporteur** explicitant, dans l'article instituant le SAS, l'**exigence de coopération entre les acteurs de l'ambulatoire et hospitaliers.**

À l'initiative de Bernard Jomier et des membres du groupe socialiste, écologiste et républicain (**amendement COM-55** adopté avec l'avis favorable du rapporteur), elle a clarifié en outre l'articulation entre le SAS et la permanence des soins en veillant à assurer une offre de **permanence de soins ambulatoires** adaptée aux besoins de santé de la population.

---

<sup>1</sup> Cf. notamment les récents constats de la commission d'enquête du Sénat sur la gestion de la crise sanitaire. « Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 », rapport n° 199 (2020-2021) de Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, 8 décembre 2020.

<sup>2</sup> « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Laurence Cohen, Catherine Génisson et René-Paul Savary, au nom de la commission des affaires sociales, 26 juillet 2017.

La commission a enfin veillé à ce que les **besoins spécifiques** des personnes en situation de handicap soient pris en compte dans les réponses apportées par ce service d'accès aux soins, en adoptant, avec l'avis de sagesse du rapporteur, l'**amendement COM-56** de Michelle Meunier et des membres du groupe socialiste, écologiste et républicain.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 8*

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

*Cet article propose d'introduire la possibilité pour un établissement public de santé, sur son initiative, de déroger à une organisation des soins en pôles d'activités ou à adopter une gouvernance sans directoire, CME ou CSIRMT. La commission s'est montrée circonspecte quant à l'utilité de cet article, qui ne semble répondre à aucun souhait exprimé du terrain, mais l'a tout de même adopté, sous réserve du maintien obligatoire d'un directoire.*

#### **I – Une résurrection de « l'amendement liberté »**

##### **A. Un principe de liberté d'organisation pour les établissements publics de santé**

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière<sup>1</sup> avait introduit au code de la santé publique (CSP), via un dispositif connu sous le nom d'« **amendement liberté** », la possibilité pour « *le conseil d'administration d'un établissement public de santé* » d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement dans le respect du projet d'établissement approuvé.

Cette disposition a par la suite été supprimée par l'ordonnance du 2 mai 2005, qui consacrait le **principe d'une définition libre par les établissements publics de santé de leur organisation interne** à l'article L. 6146-1 du CSP, rendant par définition superflu le maintien de l'amendement liberté.

La loi du 21 juillet 2009<sup>2</sup> dite loi HPST a précisé cet article, en posant explicitement trois limites au principe de la liberté d'organisation interne :

- le **respect de l'organisation de l'établissement en pôles d'activités** et, sous réserve de l'adoption de la présente proposition de loi, de la place nouvellement aménagée au service (voir le commentaire de l'article 5) ;

---

<sup>1</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>2</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- l'attribution aux sages-femmes de la responsabilité de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence ;

- l'attribution de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques à un directeur des soins infirmiers nommé par le directeur d'établissement. Pour rappel, votre commission a adopté un amendement de votre rapporteur à l'article 6 prévoyant l'étroite collaboration de ce dernier avec un président élu de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

L'adoption d'un nouvel « amendement liberté » autoriserait donc concrètement l'établissement public de santé à **s'affranchir de l'une ou plusieurs de ces trois exceptions au principe de sa libre administration**. On comprend des travaux de la rapporteure de l'Assemblée nationale que l'organisation en pôles d'activités est la principale visée.

**B. Un nouvel « amendement liberté » aux contours élargis par le Gouvernement au cours de l'examen à l'Assemblée nationale**

La version initiale du présent article 8 se contentait de reprendre la lettre de l'ancien « amendement liberté », en prévoyant que « *le conseil d'administration d'un établissement public de santé* », pourtant remplacé par le conseil de surveillance depuis la loi du 21 juillet 2009, pouvait décider d'arrêter librement l'**organisation des soins** et le **fonctionnement médical** de l'établissement, à condition de respecter le projet d'établissement.

Un **amendement de réécriture globale de la rapporteure de l'Assemblée nationale**, adopté par la commission des affaires sociales, a apporté plusieurs précisions au texte :

- il désigne le **directeur d'établissement** et le **président de la commission médicale d'établissement (CME)** comme les deux autorités compétentes pour **décider conjointement d'une organisation dérogatoire** ;

- il prévoit l'**avis conforme** de la CME et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), ainsi que la consultation du comité technique d'établissement (CTE) ;

- il précise que, dans le cadre de l'organisation dérogatoire, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement nomment conjointement les responsables des nouvelles structures médicales et médico-techniques, **après avis de la CME seule**, et le directeur prévoit, après avis de la CME et du CTE, les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures ;

- enfin, il supprime, 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** a complété l'article en prévoyant, par l'introduction d'un chapitre supplémentaire au CSP, 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 schéma 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 y est également prévu qu'en tant que de besoin, le directeur prévoirait les modalités de participation des personnels au sein de structures, dont votre rapporteur déduit de sa lecture de l'article qu'elles désignent les nouvelles structures issues de l'organisation dérogatoire.

## **II - La commission globalement favorable à la liberté d'organisation de l'établissement, sous réserve d'une préservation du directoire**

Votre rapporteur se montre relativement circonspect quant au présent article 8, dont il tient à souligner que, contrairement à ce qu'ont avancé la rapporteure de l'Assemblée nationale et le Gouvernement au cours de sa discussion, **son dispositif ne satisfait aucune demande formulée dans le rapport du professeur Olivier Claris ou dans le rapport de Mme Nicole Notat à l'issue du Ségur de la santé.**

Bien au contraire, l'intention initiale de la rapporteure de l'Assemblée nationale, visant à permettre aux établissements de s'exonérer d'une obligation d'organisation en pôles d'activités, s'inscrit plutôt à rebours d'une opinion générale globalement favorable à ces derniers, sous réserve qu'ils permettent aux services de participer davantage à la gouvernance. Aussi, en faisant de l'organisation des soins dérogatoire une simple faculté de l'établissement volontaire, l'article adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, bien que peu en phase avec les attentes exprimées par le terrain, ne présentait pas de danger particulier.

Les ajouts opérés par le Gouvernement, qui autorisent l'établissement à redéfinir sa gouvernance en s'abstenant de recourir à un directoire, à une CME ou à une CSIRMT, ont en revanche suscité plus d'inquiétude de la part des acteurs médicaux auditionnés. En effet, si la possibilité de se passer de CME ou de CSIRMT, ouverte par le nouvel article 8, paraît entourée des précautions nécessaires – avec un avis conforme de ces mêmes CME et CSIRMT – **il n'en est pas du tout de même pour le directoire.**

Pour rappel, l'article L. 6143-7-5 du CSP prévoit que le directoire, présidé par le directeur d'établissement, est composé de membres du personnel de l'établissement, qui sont nommés par le directeur sur proposition du président de la CME, sans que ces postulants soient nécessairement membres de ladite CME. Le rôle du directoire est **d'accompagner, par la concertation, le directeur dans la conduite de la politique de l'établissement.**

Les réserves émises par le professeur Claris sur le directoire ne visaient pas l'utilité du directoire dans la gouvernance hospitalière, dont le rapport souligne qu'il est une « *instance essentielle* », mais les liens qui doivent être entretenus entre lui et les praticiens hospitaliers du terrain. Ainsi, comme l'a rappelé le professeur François-René Pruvot, président de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires, **le maintien du directoire dans un établissement public de santé paraît certes perfectible, mais indispensable.** Les considérations relatives à l'amélioration des liens entre le directoire et les praticiens sont renvoyées au commentaire de l'article 9, qui traite plus spécifiquement de cet organe.

C'est pourquoi votre rapporteur a déposé un **amendement COM-95**, adopté par votre commission, qui va dans le sens d'une préservation de cet organe. Par le même amendement, votre rapporteur a également prévu la **consultation de la CSIRMT** pour la nomination des responsables des nouvelles structures médicales et médico-techniques issues de l'organisation des soins dérogatoire, alors que le présent article 8 ne prévoit que le recueil de l'avis de la CME et du CTE.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 8 bis*

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

*Cet article propose la participation des parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé sis dans leur département d'élection. La commission a supprimé cet article.*

#### **I - Le retour d'une disposition supprimée au cours de la lecture du projet de loi OTSS**

Issu d'un amendement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale à l'initiative de plusieurs membres du groupe majoritaire, le présent article 8 *bis* prévoit l'attribution de droit aux parlementaires d'un siège au conseil de surveillance des établissements publics de santé sis dans le département d'élection.

Il reprend, en des termes quasi-identiques, le dispositif de l'article 10 *ter* du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), supprimé par le Sénat en première lecture et dont la suppression avait été maintenue à l'issue conclusive de la commission mixte paritaire sur ce texte.

## **II - La commission constante dans sa volonté de limiter les nominations des parlementaires au sein d'organismes extra-parlementaires**

Constant dans ses positions, votre rapporteur, qui avait assuré le rapport du projet de loi OTSS, doute fortement de l'intérêt de cette mesure, dont la mise en œuvre n'est pas conforme à la volonté exprimée par le Sénat au cours des travaux préparatoires à la loi du 3 août 2018<sup>1</sup> de limiter le nombre des organismes extra-parlementaires et par là-même les sollicitations multiples de l'agenda des parlementaires afin de leur **permettre de recentrer leur activité sur les travaux de leur assemblée.**

**En conséquence, votre commission a adopté un amendement COM-96 de suppression de cet article.**

### *Article 9*

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

*Cet article propose une recomposition du directoire des établissements publics de santé. La commission n'adhère que partiellement à son dispositif, notamment en raison d'un élargissement à divers publics qui n'y trouveraient pas forcément leur place. Elle a par ailleurs adopté un amendement inspiré du rapport Claris, qui renforce la communication des conclusions du directoire auprès des praticiens.*

## **I - La nécessité d'augmenter la représentation des personnels non médicaux au sein du directoire des établissements publics de santé**

### **A. Les règles actuelles de composition du directoire**

Le directoire désigne, au sein de l'établissement public de santé, l'organe collégial qui entoure le directeur et qui l'accompagne dans la conduite de la politique de l'établissement. Aux termes de l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique (CSP), il « *approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement* », et « *conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement* ».

---

<sup>1</sup> Loi n° 2018-699 du 3 août 2018 visant à garantir la présence des parlementaires dans certains organismes extérieurs au Parlement et à simplifier les modalités de leur nomination.

En raison de ses missions spécifiques, qui en font le noyau « exécutif » de l'établissement, **sa composition revêt un caractère particulièrement stratégique.**

L'article L. 6143-7-5, qui prévoit explicitement que le directoire doit être composé d'une **majorité de personnels médicaux**, fixe son nombre à sept membres, et l'élève à neuf pour les centres hospitaliers universitaires (CHU). Il comprend, outre le directeur d'établissement, à qui sa présidence revient de droit :

- le président de la commission médicale d'établissement (CME), vice-président du directoire ;

- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) qui, en droit actuel, est un directeur des soins nommé par le directeur d'établissement ;

- des membres nommés par le directeur au sein du personnel de l'établissement. Afin de conserver la majorité aux personnels médicaux, ces derniers doivent être au moins **trois**. En conséquence, **ne reste potentiellement qu'un seul siège au directoire pour les personnels non médicaux, qu'aucune règle n'oblige d'ailleurs le directeur à leur confier.**

C'est en réaction à cette faible représentation que le rapport de Mme Nicole Notat, issu des travaux du Ségur de la santé, a recommandé de renforcer la place des personnels non médicaux dans la gouvernance des établissements de santé, ce qu'a tenté de faire le présent article 9.

**B. L'article 9 s'efforce d'augmenter la représentation du personnel non médical au sein du directoire**

La version initiale de l'article 9 de la présente proposition de loi prévoyait que le directoire pouvait comprendre **un représentant des soignants, un représentant des étudiants en santé et un représentant des usagers.**

Il était par ailleurs indiqué que le nombre de membres du directoire, défini par l'article L. 6143-7-5, n'était plus un nombre définitif, mais simplement **minimal**. En conséquence, pouvaient s'y ajouter d'**autres membres nommés par le directeur, prélevés sur le personnel non médical** et présentés à la nomination par le président de la CSIRMT, selon un processus symétrique à celui prévu pour les membres nommés issus du personnel médical.

Soucieuse de ne pas faire du directoire un organe pléthorique, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un **amendement de réécriture globale de cet article** de sa rapporteure, aux termes duquel :

- le nombre de membres du directoire revêt à nouveau un caractère définitif, mais se trouve porté à **neuf** pour les établissements publics de santé et à **onze** pour les CHU ;

- il n'y aurait plus qu'**un seul membre du personnel non médical** de l'établissement nommé par le directeur, mais dont la nomination serait obligatoire ;

- la nomination d'**au plus trois personnalités qualifiées** par le directeur d'établissement peut porter le nombre de personnes assistant aux séances du directoire au-delà de la limite de neuf ou onze membres, à condition de recueillir l'avis conforme du président de la CME et après concertation du directoire. Ces personnalités qualifiées peuvent être des **représentants des usagers ou des étudiants en santé** et interviendraient aux séances du directoire avec **voix consultative**.

**II - La commission favorable à une certaine recomposition du directoire, mais surtout attentive à ce que son ancrage auprès des praticiens soit mieux assuré**

**A. Des précisions apportées à la nouvelle composition du directoire**

Bien que l'idée d'une ouverture du directoire soit théoriquement séduisante, votre rapporteur considère avec prudence **la possibilité pour le directeur de procéder à la nomination de « personnalités qualifiées »** susceptibles d'être choisies hors du personnel de l'établissement sans autre critère de sélection. Concernant la présence d'étudiants, la conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CNDCH) a pu relever que « *les étudiants exercent très temporairement dans les établissements : leur apport réel sur la stratégie d'établissement ne peut qu'être limité, sachant qu'il est [déjà] jugé mince au sein des CME* ».

Toutefois, le rapport Claris ayant formulé l'idée d'une **association ponctuelle d'un ou deux représentants des usagers au directoire**, un **amendement COM-97** du rapporteur, adopté par votre commission, a reformulé le pouvoir de nomination du directeur de membres hors-personnel dans ce sens.

En outre, votre rapporteur se satisfait que **l'association d'un membre du personnel non médical au directoire soit rendue systématique**. En cohérence avec les amendements qu'il a déposés à l'article 6, qui ont établi le principe de l'élection du président de la CSIRMT et confirmé ainsi sa présence au directoire, il précise par le même **amendement COM-97** que le directeur des soins chargé de la coordination des soins infirmiers, ayant perdu la qualité de président de la CSIRMT, reste membre de droit du directoire.

La nouvelle composition du directoire, à l'issue des travaux de la commission, rassemblerait donc :

- **deux personnels administratifs**, soit le directeur d'établissement et le directeur des soins infirmiers ;

- **deux personnels soignants ou médico-techniques**, soit le président de la CSIRMT et le membre choisi par le directeur en cette qualité ;

- **cinq personnels médicaux** (sept pour le cas des CHU), comprenant le président de la CME et quatre membres choisis par le directeur en cette qualité (six pour le cas des CHU) ;

- enfin, avec voix consultative, jusqu'à **deux représentants des usagers**.

Serait également respectée la règle d'une **majorité de personnels médicaux** (cinq membres sur neuf, et sept membres sur onze pour les CHU).

#### **B. Le renforcement de la communication des conclusions du directoire auprès du personnel**

Au-delà des considérations relatives à la composition du directoire, votre rapporteur constate que la principale critique émise par le rapport Claris à son égard, qui vise le « *manque d'information quant aux orientations [qui y sont] discutées* », est absolument ignorée par le présent article 9.

Aussi, votre rapporteur a déposé un **amendement COM-98**, adopté par votre commission, qui traduit dans la loi la recommandation afférente du rapport, qui appelle à « *diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétique du directoire* ».

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 9 bis*

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

*Cet article additionnel propose que soit spécifiquement traité le cas d'un conflit d'intérêts potentiel du directeur d'établissement lorsqu'il agit comme ordonnateur des dépenses et recettes, en prévoyant qu'il désigne alors un délégataire et informe le conseil de surveillance. La commission a procédé à la réécriture de l'article, estimant qu'il n'était pas nécessaire d'apporter une précision susceptible d'être redondante avec le droit commun de la prévention du conflit d'intérêts dans la fonction publique.*

**I – Le traitement spécifique du conflit d'intérêts du directeur d'établissement lorsqu'il agit comme ordonnateur des dépenses et des recettes**

#### **A. La prévention des conflits d'intérêts des directeurs d'établissement public de santé : un contrôle qui s'exerce essentiellement a priori**

Comme membre de la fonction publique hospitalière, le directeur de l'établissement public de santé, à l'instar de tout membre de son personnel

quel qu'en soit le statut, se voit appliquer les règles énoncées au chapitre IV de la loi du 13 juillet 1983<sup>1</sup> portant droits et obligations des fonctionnaires (dite « loi Le Pors ») relatif aux **obligations** et à la **déontologie**.

Plus particulièrement, l'article 25 *bis* de cette loi dispose que « *le fonctionnaire veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver* ». Le dénouement d'une situation de conflit d'intérêts dépend de la circonstance au cours de laquelle elle se constate :

- lorsque le fonctionnaire est placé dans une position hiérarchique, il doit **saisir son supérieur hiérarchique** qui, le cas échéant, confie la décision à une autre personne ;

- lorsque le fonctionnaire exerce des compétences qui lui sont dévolues en propre, le même article prévoit sa **suppléance par tout déléguataire**, auquel le directeur s'abstient d'adresser des instructions.

Aux termes de l'article 25 *ter* et du décret du 28 décembre 2016<sup>2</sup>, la nomination d'un directeur d'établissement – et d'un directeur de soins – doit obligatoirement s'accompagner de la transmission d'une « **déclaration exhaustive, exacte et sincère de ses intérêts** à l'autorité investie du pouvoir de nomination ou à l'autorité hiérarchique ».

Par ailleurs, l'article 25 *quinquies* et un autre décret du 28 décembre 2016<sup>3</sup> prévoient que tout directeur d'établissement est tenu de communiquer au président de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP) une **déclaration de situation patrimoniale** exhaustive si le budget de l'établissement dépasse 200 millions d'euros.

Ces formalités, auxquelles le directeur d'établissement doit s'astreindre, s'accomplissent essentiellement au moment de la prise de fonctions, soit **en amont de l'exercice de sa mission**. Pour la prévention des situations de conflits d'intérêts **au cours de cet exercice**, l'article 25 *bis* se fonde essentiellement sur la seule appréciation du fonctionnaire concerné.

**B. L'article 9 bis précise le cas de conflit d'intérêt lorsque le directeur agit comme ordonnateur des dépenses et des recettes**

Le présent article 9 *bis*, issu d'un amendement présenté par M. Jean-Louis Touraine et adopté par l'Assemblée nationale en séance publique, vise le cas spécifique d'un directeur d'établissement **estimant lui-même se trouver dans une situation de conflit d'intérêts** et pouvant

---

<sup>1</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

déléguer ses pouvoirs à un membre de l'équipe de direction. Cette délégation ferait l'objet d'une **information du conseil de surveillance**.

Cette disposition a vocation à s'insérer au cinquième alinéa de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique (CSP), et vise ainsi, comme le confirme l'exposé des motifs de l'amendement, les seules situations où le directeur agit plus particulièrement comme **ordonnateur des dépenses et recettes de l'établissement**.

## **II - Des interrogations sur l'utilité et à la rédaction de l'article**

Bien que votre rapporteur comprenne l'intention qui anime cet article additionnel, il émet à son sujet deux réserves, qui ont essentiellement trait à sa rédaction :

- 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**.

Il semble à votre rapporteur que le seul intérêt de cet article réside dans **l'obligation qu'aurait le directeur d'établissement de signaler tout possible conflit d'intérêts au conseil de surveillance**. En conséquence, un **amendement COM-99**, adopté par votre commission, procède à la réécriture de cet article en ce sens.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Article 9 ter (nouveau)*

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

*Cet article additionnel, issu d'un amendement n° COM-58 de notre collègue Bernard Jomier adopté par votre commission, propose que les orientations pluriannuelles stratégiques et financières de l'établissement public de santé soient soumises à la délibération du conseil de surveillance.*

Cet article additionnel vise à ce qu'une **délibération du conseil de surveillance soit requise sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles de l'établissement ainsi que leurs modifications.**

Par la loi du 21 juillet 2009<sup>1</sup> dite loi HPST, le législateur a souhaité confier aux conseils de surveillance un rôle d'orientation et de contrôle. Bien que le conseil de surveillance, d'après l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de gestion de l'établissement public de santé, la rédaction actuelle peut conduire à limiter cette compétence au projet d'établissement et à l'adoption du compte financier unique.

Il est à noter que la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont consultés sur les orientations stratégiques et financières, notamment sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP). La modification portée par le présent article additionnel aurait par conséquent le mérite de mettre en cohérence les pouvoirs confiés à ces trois instances.

**La commission a adopté cet article additionnel.**

---

<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.

## Article 10

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

*Cet article propose de renforcer la lutte contre les abus liés à l'intérim médical en attribuant aux comptables publics d'établissement un rôle d'alerte du directeur général de l'ARS en cas de dépassement du plafond d'emploi intérimaire autorisé. La commission, qui apprécie l'intention de l'article, trouve néanmoins 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. En conséquence, elle a privilégié un renforcement du contrôle budgétaire a priori exercé par le directeur général de l'ARS.*

#### I - L'intégration du comptable public de l'établissement dans la lutte contre l'intérim médical irrégulier

##### *A. Le fléau de l'intérim médical*

Aux termes de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique (CSP), les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des **missions de travail temporaire**. Le recours au travail intérimaire, dit intérim médical, est depuis un décret du 24 novembre 2017<sup>1</sup> doublement encadré :

- par la transmission obligatoire par l'entreprise de travail temporaire à l'établissement public de santé des justificatifs attestant de la qualité et de la formation de ses salariés ;

- par un **montant plafond journalier** des dépenses susceptibles d'être engagées au titre de cet intérim, fixé par un arrêté du 24 novembre 2017<sup>2</sup> à **1 170,04 euros**.

Initialement conçu par la loi comme un palliatif aux problèmes conjoncturels que peuvent rencontrer les hôpitaux publics dans leur recrutement, **le recours à l'intérim médical connaît depuis plusieurs années une ampleur grandissante**, unanimement dénoncée par les acteurs auditionnés par votre rapporteur. Le phénomène, qui a fait l'objet en 2013 d'un rapport de M. Olivier Véran<sup>3</sup> alors député, comporte deux dérives principales :

- une **dérive financière** : le marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital donne lieu, dans la majorité des cas, à la conclusion de contrats de

---

<sup>1</sup> Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

<sup>2</sup> Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

<sup>3</sup> Hôpital cherche médecins, coûte que coûte - Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public, décembre 2013.

gré à gré entre l'intérimaire et le directeur d'établissement prévoyant des rémunérations parfois trois fois plus élevées que celles versées à des praticiens statutaires et qui, de l'avis général des acteurs auditionnés, **dépassent très largement le plafond prévu par la loi**. En 2013, le coût total pour l'hôpital public avoisinait les 500 millions d'euros par an, coût que la rapporteure de l'Assemblée nationale porte en 2018 à **1 424 millions d'euros**. Ces chiffres doivent toutefois être pris avec précaution, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ayant indiqué à votre rapporteur que qu'elle « *ne disposait pas d'étude sur les rémunérations moyennes des praticiens à recrutement contractuel dans les établissements publics de santé* » ;

- une **dérive dans la qualité des soins** : le recrutement d'un intérimaire médical, s'il est beaucoup plus coûteux que celui d'un praticien statutaire, n'en garantit pas pour autant la qualité du soin prodigué. En effet, la pression à laquelle certains hôpitaux situés en zone sous-dense sont soumis, contraints par la pénurie de praticiens statutaires à employer des intérimaires, ne leur **permet pas toujours de s'assurer de la qualité des candidats**, ce qui peut gravement compromettre la stabilité des services et la qualité des soins prodigués.

Au sens du rapport du professeur Olivier Claris, l'hôpital public se trouve enfermé dans un **cercle vicieux**, maintenu dans l'incapacité de financer des mesures d'attractivité des praticiens statutaires en raison des dépenses importantes d'intérim médical qu'il engage, elles-mêmes conséquentes de ce défaut d'attractivité.

### **B. L'article 10 instaure un contrôle de l'intérim médical par le comptable public de l'établissement**

Ainsi, le présent article 10 vise à traduire dans la loi l'une des **recommandations issues du Ségur de la santé**, qui visait à lutter contre l'intérim en faisant « *bloquer par les comptables publics les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire* » et en « *permettant aux agences régionales de santé (ARS) de dénoncer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers* ».

La version initiale de l'article prévoyait une **information du directeur général de l'ARS par le comptable public de l'établissement** lorsque ce dernier, au moment du paiement des actes engagés par le directeur d'établissement, constatait l'existence d'actes juridiques conclus irrégulièrement avec une entreprise de travail intérimaire ou avec un praticien pour la réalisation de vacations.

L'article reconnaissait alors la **faculté** au directeur général de l'ARS de **déferer ces actes au tribunal administratif** compétent, et d'en aviser sans délai le directeur d'établissement concerné ainsi que le comptable public.

Par ailleurs, l'article prévoyait également la **possibilité pour le comptable public de rejeter le paiement de la rémunération irrégulière** s'il constate que les montants engagés par l'établissement excèdent le plafond

réglementaire. Le directeur d'établissement en était alors informé et devait procéder à la régularisation de la dépense.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté deux amendements de M. Cyrille Isaac-Sibille et de plusieurs membres du groupe Modem à ce dispositif :

- visant à **élargir son champ d'application à l'ensemble des intérimaires**, y compris les signataires de contrats de gré à gré qui ne sont pas à proprement parler salariés d'entreprises de travail intérimaire ;

- rendant **obligatoires** le transfert des actes irréguliers par le directeur général de l'ARS au tribunal administratif et le rejet du paiement par le comptable.

Par ailleurs, un amendement de la rapporteure a été adopté, **reportant l'application du présent article 10 à 6 mois** à compter de la publication de la présente proposition de loi.

## **II - La commission attentive à ce que le directeur général de l'ARS exerce pleinement sa mission de contrôle budgétaire des établissements publics de santé**

### **A. L'incompatibilité de l'article 10 avec les missions des comptables publics**

Votre rapporteur souligne la nature spécifique des missions des comptables publics, qui sont définies par le décret du 7 novembre 2012<sup>1</sup> et qui formalisent l'un des principes fondamentaux de la gestion des finances publiques : la séparation stricte de l'ordonnateur et du comptable. Cette séparation garantit une double indépendance, qui permet d'une part que l'engagement de la dépense soit pris sans considération liée à la disponibilité matérielle des fonds, et d'autre part que le règlement des engagements pris par la personne publique soit strictement distinct de la décision ayant donné lieu à l'engagement.

Les comptables des établissements publics de santé ont fait l'objet, par rapport aux comptables publics de l'État, de dispositions spécifiques qui l'habilitent à **une forme de contrôle d'opportunité de la dépense**.

À l'instar de l'ensemble des comptables publics, l'article 19 du décret du 7 novembre 2012 énonce **limitativement** les missions du comptable public de l'établissement public de santé, qui, pour les ordres de payer, doit assurer le contrôle :

- de la qualité de l'ordonnateur ;
- de l'exacte imputation des dépenses au regard des règles relatives à la spécialité des crédits ;

---

<sup>1</sup> Décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

- de la disponibilité des crédits ;
- de la validité de la dette ;
- du caractère libératoire du paiement.

L'article L. 6145-8 du CSP précise néanmoins que, dans le cas des comptables publics des établissements publics de santé, ces derniers peuvent maintenir la suspension d'une dépense engagée par **l'ordonnateur lorsque les crédits ont été irrégulièrement ouverts**. Cette disposition aménage donc une exception au contrôle strictement comptable qu'exerce normalement le comptable public sur la dépense.

Pour autant, cette possibilité n'a absolument pas vocation à se substituer à une autre forme de contrôle, le **contrôle budgétaire**, dont la mission est d'**apprécier le caractère soutenable de la dépense** au regard des autorisations budgétaires, ainsi que la qualité de la comptabilité budgétaire.

Le contrôle comptable et le contrôle budgétaire présentent la distinction notable d'intervenir à des **stades différents de l'engagement de la dépense de l'établissement**, le premier permettant de liquider la dette de l'ordonnateur vis-à-vis d'un prestataire ayant déjà fourni un service et le second s'exerçant en amont de l'engagement afin d'en vérifier la régularité. Ainsi, contrairement au contrôle budgétaire, le contrôle comptable se limite à la seule vérification de la validité comptable de la dépense, **en raison de son intervention a posteriori du service réalisé qui, même irrégulièrement engagé, doit être réglé à celui qui l'a fourni**.

Pour le cas du financement des établissements publics de santé, qui relèvent de crédits définis en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), **le contrôle budgétaire est explicitement attribué par l'article L. 6145-1 du CSP** au directeur général de l'ARS, qui doit obligatoirement approuver l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) de ces établissements.

Ainsi, le dispositif de l'article 10 attribue au comptable public, dont votre rapporteur rappelle qu'il est un agent du ministère du budget, une mission qui relève normalement du contrôle *a priori* du directeur général de l'ARS, lié au **rôle que tout représentant de l'État dans un territoire doit exercer au regard de l'application de la loi**. Cette « déresponsabilisation » entraînée par le présent article 10 ne paraît pas souhaitable.

**B. La nécessité de réécrire l'article 10 dans le respect des prérogatives et des obligations du contrôleur budgétaire**

Votre rapporteur a par conséquent déposé un **amendement COM-100**, adopté par votre commission, qui reformule le dispositif en restituant au directeur général de l'ARS le rôle qui doit être le sien dans le cadre du contrôle budgétaire *a priori*.

Il formalise ce contrôle budgétaire en prévoyant que le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées au titre du travail temporaire doit obligatoirement figurer à l'EPRD. Le directeur général de l'ARS, s'il constate que ce montant dépasse le plafond défini par décret, renvoie l'EPRD au directeur d'établissement et réserve son approbation jusqu'à ce que ce montant soit inférieur au plafond.

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 devra déférer au tribunal administratif tous les actes, qui lui seront communiqués à sa demande par le comptable public de l'établissement, par lesquels l'établissement a eu recours au travail temporaire. Il en avisera sans délai le conseil de surveillance de l'établissement.

Ainsi, la saisine du tribunal administratif ne découlerait pas d'un contrôle d'opportunité effectué par le comptable public de l'établissement, mais du **contrôle budgétaire qui incombe au directeur général de l'ARS au moment de l'examen du compte financier**. Le recours formé devant le tribunal administratif serait de plein contentieux, afin que ce dernier puisse éventuellement se prononcer sur la responsabilité administrative du directeur d'établissement. Votre rapporteur entend par cet amendement rendre à chacun, notamment au directeur général de l'ARS, son juste rôle dans le contrôle du travail intérimaire à l'hôpital.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 11*

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

*Cet article propose d'enrichir le contenu du projet d'établissement d'un volet spécifique aux enjeux de gouvernance et de management. La commission, considérant que ce nouveau projet était susceptible d'entrer en concurrence avec le projet social existant, a supprimé cet article.*

#### **I - La mise en place d'un projet de gouvernance et de management au sein du projet d'établissement**

Le rapport du professeur Olivier Claris pose un constat sans appel : le sondage des responsables hospitaliers (chefs de pôle et chefs de service) révèle une **importante carence de leur formation au management des équipes placées sous leur direction**. Aussi, la recommandation n° 1 du rapport visait à « rendre obligatoires l'élaboration et l'adoption d'un projet de management et de gouvernance ».

Ainsi, le présent article 11, dans sa version initiale, entendait introduire, **au sein du projet d'établissement** dont l'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP) prévoit qu'il comporte déjà un projet médical, un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social, un « *projet managérial* ».

Le contenu de ce projet était ainsi décliné :

- les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes, « à des fins de pilotage, d'animation et de motivation » ;

- les **programmes de formation managériale** dispensés aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes de responsabilités ;

- l'attention portée aux besoins et attentes des personnels dans leur environnement professionnel.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a apporté plusieurs modifications à cet article, visant à préciser le contenu de ce nouveau projet.

En premier lieu, un amendement de M. Thomas Mesnier et de plusieurs de ses collègues du groupe majoritaire a élargi le projet managérial à un « *projet de gouvernance et de management* ». Il a prévu, en conséquence, que les **modalités de désignation des responsables hospitaliers figurent au sein de ce projet**.

Un autre amendement des mêmes auteurs a également introduit l'obligation pour le projet d'établissement de comprendre un **volet éco-responsable** qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement.

Un amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille et de plusieurs de ses collègues du groupe Modem a prévu le **caractère obligatoire de la dispensation des formations au management**.

Un amendement de M. Jean-Louis Touraine a enrichi le contenu de ces formations d'**actions de prévention des risques psycho-sociaux**.

Enfin, un amendement de M. Didier Martin et de plusieurs de ses collègues du groupe majoritaire a tenu à ce que la nature **participative** du management à l'hôpital soit réaffirmée.

Outre deux amendements rédactionnels de la rapporteure, plusieurs amendements ont été adoptés en séance publique dans un sens similaire.

Trois amendements de Mme Caroline Janvier et de plusieurs de ses collègues du groupe majoritaire insistent sur la cohérence du projet de management et du projet social, sur la nécessaire prise en compte des membres du personnel en situation de handicap et sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

Enfin, un amendement de M. Michel Lauzzana et de plusieurs de ses collègues du groupe majoritaire précise que le projet de gouvernance et de management comporte un **volet spécifique dédié aux étudiants en santé**.

## **II - La commission favorable au projet de gouvernance et de management, sous réserve de précisions indispensables**

Ce n'est pas sans une certaine inquiétude que votre rapporteur, initialement très favorable à ce que la recommandation du rapport Claris reçoive une traduction législative, a constaté **l'inflation du contenu du futur projet de gouvernance et de management** au cours de sa discussion par l'Assemblée nationale.

Tous motivés par de louables intentions, les ajouts opérés par les députés présentent la menace de faire de ce projet un vaste manifeste, **dont la vocation aura du mal à se distinguer de celle du projet social**.

À ce titre, votre rapporteur souhaite rappeler que l'article L. 6143-2-1 du CSP détaille déjà le contenu du projet social d'établissement, et que l'adoption du présent article 11 en l'état risque de mettre les deux projets en concurrence.

Aux termes de cet article du CSP, le projet social « *porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré au projet social défini par chaque établissement* », soit autant de matières qui ne rendent **pas nécessaire l'élaboration en sus d'un projet de gouvernance et de management**.

Enfin, votre rapporteur souligne l'incongruité de la disposition intégrant au projet de gouvernance et de management les « *modalités de désignation des responsables hospitaliers* », ces dernières faisant déjà l'objet de dispositions codifiées.

En conséquence, votre rapporteur a donné un avis favorable à **l'amendement COM-57** de Mme Annie Le Houérou de **suppression de cet article**.

**La commission a supprimé cet article.**

## CHAPITRE V

### SIMPLIFICATION ET GOUVERNANCE DES ORGANISMES RÉGIS PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ

#### *Article 12*

#### **Impossibilité pour les organismes régis par le code de la mutualité de fusionner avec des entités régies par d'autres codes**

*Cet article propose d'inscrire au code de la mutualité l'impossibilité pour des mutuelles de fusionner avec un organisme de protection sociale complémentaire en matière de santé dont les statuts sont régis par un autre code. La commission a adopté cet article sans modification.*

Le présent article 12 vise certains organismes chargés de mettre en œuvre **la protection sociale complémentaire en matière de santé des assurés sociaux**, au travers du versement de prestations s'ajoutant à celles versées par les régimes obligatoires de la sécurité sociale.

Contrairement aux prestations servies par les organismes de sécurité sociales, dont la distribution découle d'une mission de service public, la couverture des risques assurée par la protection sociale complémentaire peut être prestée par **différents types d'acteurs**, à la nature diverse :

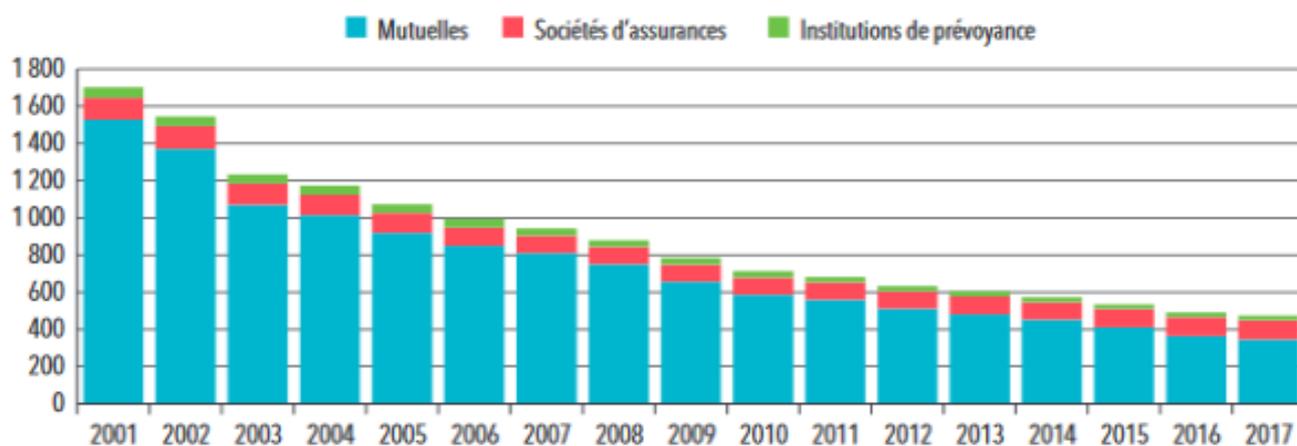
- des **entreprises** régies par le **code des assurances**, qui sont des sociétés anonymes dont le capital social est détenu par des actionnaires et qui ont pour vocation de réaliser des bénéfices ;
- des **mutuelles** régies par le **code de la mutualité**, qui sont des sociétés de personnes (et non de capitaux) à but non lucratif ;
- des **institutions de prévoyance** régies par le **code de la sécurité sociale**, qui sont également à but non lucratif, qui se distinguent des mutuelles par une gestion paritaire – leur conseil d'administration est composé à parts égales de représentants d'employeurs et de salariés – et par une offre strictement limitée à des contrats d'assurance à caractère collectif.

En raison de leur objet social spécifique, les organismes chargés de la protection sociale complémentaire en matière de santé font l'objet d'un **contrôle prudentiel étroit** d'une autorité dédiée, l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), qui les soumet à des règles de valorisation de leurs actifs et de leurs passifs destinées à garantir leur solvabilité.

L'assurance maladie complémentaire, dont bénéficient 95 % de la population, est aujourd'hui gérée par **411 mutuelles, 99 sociétés d'assurances et 24 institutions de prévoyance**. Aussi, si l'on considère la catégorie juridique dont l'acteur complémentaire relève, **les mutuelles restent fortement majoritaires (77 % du marché)**.

Pour autant, le marché connaît depuis le début des années 2000 une **importante concentration de ses acteurs**, ces derniers étant contraints par une forte concurrence aux fusions et absorptions.

#### Nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance complémentaire santé



Source : DREES

Ainsi que le souligne la direction des recherches, études, évaluations et statistiques (DREES), « le nombre d'organismes recule depuis plusieurs années, en particulier dans la catégorie des mutuelles »<sup>1</sup>. La plupart des mutuelles étant de petite taille - 346 mutuelles se partagent 18,3 milliards d'euros de cotisations, soit une moyenne de 53 millions d'euros de cotisations par mutuelle - elles se trouvent **particulièrement visées par les opérations de rapprochement et de regroupement** qui sont, dans leur majorité, engagées par des entreprises d'assurances.

Les **groupes assurantiels peuvent à ce jour englober des organismes régis par les trois codes**. La DREES indique que, dans le cas de la construction d'un groupe, « un organisme, considéré comme la tête du groupe, exerce une influence dominante sur les autres, pouvant être considérés comme des filiales ». Si l'on se réfère au critère de l'appartenance à un groupe assurantiel, et non plus à la seule catégorie juridique, on constate que le secteur des groupes « mutualistes » (à savoir dominés par une mutuelle) reste certes le principal acteur de l'assurance santé complémentaire, mais voit sa **part de marché réduite à 39 %**. *A contrario*, les entreprises d'assurances, minoritaires si l'on considère leur statut, déploient une

<sup>1</sup> DREES, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, 2019.

stratégie de concentration dominante qui leur assure aujourd'hui près de **34 % de parts de marché**.

Le présent article 12 vise à corriger cette tendance, dans un but de **préservation de l'équilibre entre protection sociale complémentaire relevant du secteur lucratif et du secteur non-lucratif**. Selon la fédération nationale de la Mutualité française, l'une des causes de la tendance actuelle de concentration du marché au profit des assureurs se trouve dans « *l'absence d'interdiction explicite par le code de la mutualité d'une fusion entre une mutuelle et un organisme relevant du code des assurances* ».

L'article 12 de la présente proposition de loi **inscrit cette interdiction au code de la mutualité**. Il n'a pas été modifié par l'Assemblée au cours de son examen.

**La commission a adopté cet article sans modification.**

#### *Article 13*

#### **Possibilité pour les mutuelles de recourir aux visioconférences et au vote électronique en assemblée générale**

*Cet article propose de rendre possible, sauf disposition contraire de leur statut, la réunion des membres d'une assemblée générale d'une mutuelle par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, ces derniers devant permettre leur identification, leur participation effective ainsi que leur vote dans le respect du secret et de la sincérité du scrutin.*

**La commission a adopté cet article sans modification.**

#### *Article 13 bis*

#### **Correction d'une erreur rédactionnelle dans le code de la mutualité**

*Cet article corrige une erreur rédactionnelle du premier article du code de la mutualité. La commission a adopté cet article sans modification.*

Cet article additionnel, issu d'un amendement de M. Philippe Chalumeau et de Mme Annie Vidal adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vise à supprimer, au premier article du code de la mutualité, la mention du terme « société », contradictoire avec la définition que donne ce même article des mutuelles, unions et fédérations, qui sont des « *personnes morales de droit privé à but non lucratif* ».

**La commission a adopté cet article sans modification.**

*Article 13 ter*

**Modification des modalités de calcul des indemnités  
versées aux administrateurs des mutuelles  
ayant la qualité de travailleurs indépendants**

*Cet article propose de renforcer l'encadrement de l'indemnisation des administrateurs de mutuelles par ailleurs travailleurs indépendants. La commission a adopté cet article sans modification.*

Les mutuelles sont administrées par un conseil d'administration composé d'administrateurs élus par les membres de l'assemblée générale. L'article L. 114-26 du code de la mutualité dispose que les fonctions d'administrateurs sont en principe exercées à **titre gratuit**.

Cependant, lorsque l'importance de l'organisme le nécessite, l'assemblée générale peut décider d'allouer une **indemnité** au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des **attributions permanentes** ont été confiées. Pour les administrateurs par ailleurs **salariés**, il est prévu que la mutuelle rembourse à l'employeur les rémunérations maintenues, pour leur permettre d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail.

Pour les administrateurs ayant la qualité de **travailleurs indépendants**, il est prévu qu'ils aient droit à des indemnités correspondant à la perte de leurs gains, dans des limites fixées par arrêté. Aussi, l'article A. 114-0-26 du code de la mutualité prévoit que ces indemnités sont calculées sur la base du temps consacré à l'exercice des fonctions d'administrateur et du montant des revenus professionnels de l'avant-dernière année.

Le montant annuel de cette indemnité ne peut dépasser le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 41 136 euros, ou à 82 272 euros pour les mutuelles de taille importante.

Le présent article 13 *ter* est issu d'un amendement de Mme Danielle Brulebois et de plusieurs de ses collègues du groupe majoritaire, adopté en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, visant à **préciser le cadre réglementaire de l'indemnisation de l'administrateur travailleur indépendant**. En effet, alors que le code de la mutualité prévoit explicitement le remboursement des rémunérations maintenues dans le cas d'un administrateur salarié, l'article 13 *ter* vise à ce que l'indemnité de l'administrateur indépendant soit calculée **au plus près de sa perte réelle de revenus**, consécutive à l'exercice de ses fonctions.

**La commission a adopté cet article sans modification.**

*Article 13 quater*

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

*Cet article propose d'exclure les services de soins et d'accompagnement dispensés par des organismes de mutuelle du champ des missions de service public, sauf à ce que cette qualité leur soit explicitement reconnue par la loi ou par une convention de délégation de service public. La commission, considérant que le motif selon lequel une mutuelle réserve par priorité les services qu'elle fournit à ses adhérents n'était pas suffisant pour ne pas qualifier certaines de ses missions comme d'intérêt général, a supprimé cet article.*

L'article L. 111-1 du code de la mutualité décrit les missions des mutuelles, regroupées autour de cinq objets :

- la couverture de risques spécifiques, notamment les dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ou encore la perte de revenus liée au chômage ;
- la gestion de contrats d'assurance-vie ou de tout autre contrat de capitalisation ;
- la prévention des risques liés à la maladie, à l'âge ou au handicap ;
- la mise en œuvre d'une action sociale ou l'exploitation d'établissements ou de services destinées à gérer des activités à caractère social, sanitaire, médico-social, sportif, culturel ou funéraire ;
- la participation à un régime légal d'assurance maladie pour le compte de l'État ou d'un organisme de sécurité sociale.

Parmi ces missions, les troisième et quatrième volets forment un ensemble à part, couramment dénommé **services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM)**, dont le régime est défini au livre III du code de la mutualité. Le principe régissant les unions et les mutuelles, qui prévoit que les services fournis par ces dernières soient prioritairement réservés à leurs membres, semble *a priori* **exclure les SSAM du champ des missions de service public**. Le livre III du code de la mutualité semble en effet consacrer cette stricte séparation et ne prévoit que les cas ponctuels où les « *collectivités publiques* » peuvent s'associer « *par convention* » aux actions et établissements dont la gestion et l'exploitation sont assurées par les unions et mutuelles.

Pour autant, l'incompatibilité de l'action sociale des mutuelles avec les missions de service public dont peuvent être chargées certaines personnes morales de droit privé n'a jamais été explicitement affirmée par le législateur. En conséquence, le Conseil d'État a estimé en 2007 que, dans le silence de la loi, **une mutuelle pouvait être investie d'une telle mission**

« lorsque, eu égard à l'intérêt général de son activité, aux conditions de sa création, de son organisation ou de son fonctionnement, aux obligations qui lui sont imposées ainsi qu'aux mesures prises pour vérifier que les objectifs qui lui sont assignés sont atteints, il apparaît que l'administration a entendu lui confier une telle mission »<sup>1</sup>.

Cette jurisprudence a ainsi renversé le principe de non-participation des SSAM à une mission de service public, comme l'indique une réponse ministérielle du 13 novembre 2018, aux termes de laquelle « les mutuelles du livre III du code de la mutualité sont regardées, sous réserve d'une confirmation par les juridictions compétentes, comme poursuivant une mission de service public »<sup>2</sup>.

Le **présent article 13 quater** a pour objectif de revenir explicitement sur cette assertion, en précisant dans la loi 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 est issu d'un amendement déposé par Mme Danielle Brulebois et plusieurs de ses collègues du groupe majoritaire, adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, selon lequel les mutuelles sont des « organismes multiples et autonomes proches de leurs adhérents » et qu'à ce titre « les conditions d'intérêt général sont par nature plus ou moins marquées » et « ne permettent [pas] d'assimiler a priori les actions ainsi proposées à des missions de service public ».

Outre l'absence d'étude d'impact pour étayer ces affirmations, votre rapporteur ne partage l'idée qui semble les sous-tendre, 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**. Quelle que soit la taille du public qu'elle vise, la mission d'intérêt général se définit avant tout par sa substance.

C'est pourquoi le dispositif de l'article 13 *quater* paraît largement prématuré. En conséquence, votre rapporteur a déposé un **amendement COM-107 de suppression de cet article**.

**La commission a supprimé cet article.**

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, Section du contentieux, 22 février 2007, n° 264541.

<sup>2</sup> Assemblée nationale, question écrite avec réponse n° 12567, 2 octobre 2018.

## 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**

*Cet article crée une plateforme numérique d'information et de services destinée aux personnes handicapées, alimentée par un traitement automatisé de données à caractère personnel, et dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations. La commission accueille favorablement ce projet ambitieux et approuve le choix de son gestionnaire ; elle précise simplement que le décret en Conseil d'État nécessaire à l'application de ces dispositions est pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).*

#### **I- Une plateforme répondant à un impérieux besoin de simplification des parcours des personnes en situation de handicap**

##### **A. L'accompagnement des personnes en situation de handicap : un système « complexe et éclaté »**

Le parcours des personnes en situation de handicap dans le système sanitaire et médico-social est, comme le dit le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH), « complexe et éclaté » : il exige de s'adresser à des interlocuteurs différents, selon des modalités différentes, dont l'accessibilité n'est pas toujours assurée, sans parler des variations d'identifiants, codes d'accès et numéros de dossier d'un organisme à l'autre.

Tel était déjà le constat d'Adrien Taquet et de Jean-François Serres dans leur rapport « *Plus simple la vie* » de 2018<sup>1</sup>. Sa septième proposition consistait en conséquence à « *mettre en place un portail unique d'information et de services sur le handicap, orienté parcours usager* ».

---

<sup>1</sup> « *Plus simple la vie : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap* », rapport de MM. Adrien Taquet et Jean-François Serres, remis au Premier ministre, à la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et au ministre de l'action et des comptes publics, mai 2018.

Le CNCPH confirme le besoin d'un outil performant et accessible de simplification des démarches des personnes handicapées au sein des services publics et jugerait ainsi utile qu'une telle plateforme, outre sa fonction d'information :

- devienne le point d'entrée unique pour la gestion des dossiers des MDPH, des CAF, des CPAM, de Pôle emploi, des Urssaf, ou encore des dossiers médicaux partagés afin d'éviter des saisies multiples des personnes et de leurs proches aidants, voire permette la saisie par les professionnels de santé – ainsi d'un médecin déposant le certificat médical de son patient, lequel n'aurait plus qu'à valider sa demande auprès d'une MDPH ;

- conserve les formulaires Cerfa et autres documents que les personnes en situation de handicap sont conduites à utiliser, accompagnés de notices d'utilisation.

- fasse office de coffre-fort numérique conservant sur un espace unique et sécurisé tous les justificatifs nécessaires à chaque démarche entreprise.

**B. « Mon parcours handicap » : un portail destiné à devenir la plateforme de référence**

Le 6 mai 2020 a été lancée la plateforme « *Mon Parcours Handicap* », mise en œuvre des conclusions du rapport de MM. Adrien Taquet et Jean-François Serres. Ambitieux, le projet vise à répondre, à terme, aux besoins de la personne handicapée et de ses proches en matière d'emploi, de formation, de scolarisation, de parcours d'études, de parentalité, de santé, de vie sociale et culturelle, de logement, de transport, d'aides, droits et prestations, etc.

Pour l'heure, « *Mon parcours handicap* » se limite à une plateforme d'information et ne sera dotée que progressivement de services personnalisés accessibles et évolutifs, rendant possibles les démarches en ligne relatives à l'ensemble du parcours de vie de la personne. Les professionnels tels que les employeurs, les enseignants, les professionnels de la santé et de l'accompagnement, pourront également l'utiliser comme outil d'information et de médiation, et bénéficieront d'un espace spécifique.

**Contenus progressivement déployés sur « Mon parcours handicap »<sup>1</sup>**

- Services d'information et d'orientation :

**Déjà disponible** : agenda partagé pour les événements des acteurs du handicap ; annuaire géolocalisé des services publics du handicap, de l'emploi et de la formation ; rubriques d'information relatives à l'emploi, la formation, les aides, droits et prestations ;

**À venir** : espace d'information et de service destiné aux employeurs (*mars 2021*) ; espace scolarisation et poursuite d'études (*septembre 2021*) ; possibilité de convertir les contenus de la plateforme en facile à lire et à comprendre (*automne 2021*).

- Fonctionnalités offertes aux usagers : suggestion de contenus et d'évolutions ; évaluation de la pertinence des contenus ; inscription à la communauté des utilisateurs pour contribuer aux développements de la plateforme en participant à des consultations et enquêtes.

- Services facilitant l'insertion dans l'emploi :

**Déjà disponible** : services de la startup ANDI, incubée au sein de la Caisse des dépôts, visant à faciliter l'insertion professionnelle.

**À venir** : service H'expert pour bénéficier de l'aide d'un mentor en lien avec LADAPT, l'Agefiph, le FIPHFP (*courant 2021*) ; interconnexion avec le compte personnel de formation (*fin 2021*).

- Services facilitant la vie quotidienne et la simplification des démarches pour les personnes en situation de handicap et leurs proches aidants :

**À venir** : mise à disposition d'un espace personnel permettant à l'utilisateur d'intégrer les services de son choix et de les partager avec ses proches aidants (*printemps 2021*) ; simulations du portail national des droits sociaux PNDS (*été 2021*) ; initiation et suivi d'une demande d'aide MDPH (*deuxième semestre 2021*) ; initiation et suivi d'une demande d'aide Agefiph (*courant 2021*) ; aide d'un mentor dans sa vie quotidienne en lien avec le projet Epop porté par La Croix Rouge Française (*2022*).

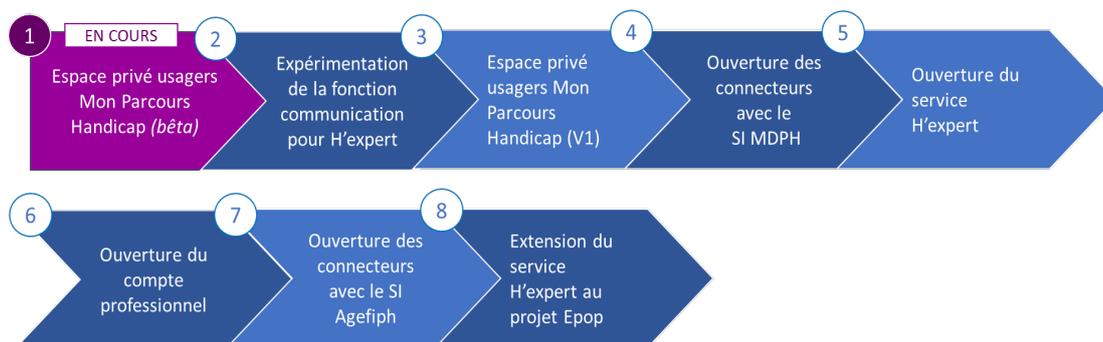
- Services aux entreprises et aux employeurs publics :

**Déjà disponible** : espace d'information et de service destiné aux employeurs ; Autodiag pour permettre aux entreprises de s'auto-évaluer en matière de politique handicap, en partenariat avec l'Agefiph et ministère du travail ;

**À venir** : initiation et suivi une demande d'aide aux entreprises de l'Agefiph (en lien avec Digit'Hall de l'Agefiph) ; initiation et suivi d'une demande d'aide aux employeurs publics du FIPHFP (*2022*).

<sup>1</sup> Source : DGCS, CNSA et Caisse des dépôts et consignations.

### Schéma de déploiement des fonctionnalités de la plateforme



Source : DGCS/CNSA/Caisse des dépôts et consignations.

C'est la montée en charge de la plateforme qui justifie le présent article, puisque son enrichissement en services personnalisés **nécessite la création d'un traitement de données** au sens de la loi dite informatique et libertés<sup>1</sup>, traitement « alimenté par les données à caractère personnel strictement nécessaires, issues notamment des traitements relatifs à la déclaration sociale nominative définie à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ou du traitement relatif au compte personnel de formation défini au II de l'article L. 6323-8 du code du travail, y compris le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ».

À l'instar de la déclaration sociale nominative et du compte personnel de formation, **la plateforme numérique de services aux personnes handicapées sera gérée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC)**. L'octroi d'un tel droit exclusif découle du caractère de service d'intérêt économique général au sens du droit européen que revêt cette plateforme, ce que la DGCS justifie en arguant notamment de la nécessité :

- d'agrégier une offre fragmentée au moyen d'un opérateur national unique ;

- d'une expertise dans le domaine du handicap et de l'accès à l'emploi, que la CDC a acquise par la gestion de la plateforme « mon compte formation », du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), de son partenariat avec la CNSA et de la préfiguration du projet de plateforme 360 ;

- de garantir la souveraineté nationale sur la conservation des données de santé et relative au handicap, tout en disposant d'une infrastructure informatique permettant de faire face à la volumétrie, et d'assurer la continuité dans le temps de cette gestion ;

- d'un label institutionnel et ministériel pour rassurer des usagers en situation de fragilité.

### C. La promesse d'une haute qualité de service rendu aux usagers

<sup>1</sup> Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

D'après la CNSA et la CDC, la plateforme sera interopérable avec tous types de services utiles aux usagers en privilégiant un parcours usager fluide sans reconnexion et sans ruptures. Sont ainsi visés tous les services nouveaux qui seront progressivement intégrés à la plateforme, mais aussi les services existants dépendant d'autres systèmes d'information tel le système d'information commun des MDPH.

La plateforme offrira en effet à l'utilisateur un accès au service en ligne [mdphenligne.cnsa.fr](http://mdphenligne.cnsa.fr), qui permet la dématérialisation du dépôt du formulaire unique de demande auprès de la MDPH et qu'utilisent aujourd'hui 53 maisons départementales. Le référencement des autres démarches en ligne sur la plateforme ainsi que le développement de systèmes d'authentification uniques depuis la plateforme sont en cours d'instruction.

L'article prévoit encore que la plateforme est conforme au principe d'accessibilité défini à l'article 47 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Toujours selon la CNSA et la Caisse des dépôts, la plateforme est « *l'un des rares services numériques en France et en Europe* » entièrement conforme au référentiel général d'accessibilité « *ainsi qu'au référentiel issu de la norme européenne EN 301 549* ».

Elle propose ainsi un haut niveau d'utilisabilité : navigation sans souris ou à l'aide une plage braille, écoute des textes, personnalisation de l'affichage du site pour les daltoniens ou les dyslexiques, etc. Elle collecte enfin déjà le retour d'expérience des utilisateurs dans la perspective d'une amélioration continue de son utilisation.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

En commission, les députés ont adopté plusieurs amendements visant à formaliser les objectifs d'accessibilité et d'interopérabilité assignés à la plateforme, imposant la collecte des retours d'utilisateurs, mentionnant les aidants et les représentants légaux des personnes handicapées dans les destinataires de la plateforme, et précisant la complémentarité des services numériques aux services physiques existants.

À l'initiative de la rapporteure, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel ainsi qu'un amendement reformulant la dernière précision apportée en commission, en disposant au deuxième alinéa que « *les services mis en place dans le cadre de la présente plateforme sont proposés en complément des modalités d'accueil physique et téléphonique établies pour assurer l'information et la conduite des démarches des personnes handicapées, de leurs aidants et de leurs représentants légaux* ».

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **III - La position de la commission**

La commission approuve la création de la plateforme numérique d'information et de services visant à faciliter les démarches et à mieux accompagner les personnes en situation de handicap dans leurs parcours et leurs projets de vie. Elle accueille en outre favorablement les ambitions affichées pour la gestion d'un tel dispositif par la Caisse des dépôts, opérateur public dont la compétence en matière de gestion de services numériques personnalisés, quoique récente, semble recueillir la satisfaction d'une majorité d'utilisateurs.

La commission veut cependant attirer l'attention sur deux points, dont l'un commande un amendement de précision.

#### **1. Une vigilance nécessaire sur les conditions d'accessibilité et d'amélioration de la plateforme**

Le CNCPH a souhaité alerter la commission sur l'importance qu'aura l'accompagnement de ce public fragile dans l'utilisation de la plateforme. Il apporte notamment quelques nuances au satisfecit de la Caisse des dépôts sur l'expérience utilisateur mesurée à ce jour, et suggère d'ores et déjà des pistes d'amélioration : rendez-vous avec un acteur qualifié au moment de la création du compte usager pour faire le point sur la situation de la personne, démarches automatisées d'information des personnes pour les renouvellements de leurs droits, questionnaires réguliers aux utilisateurs pour une gestion plus active des retours d'expérience, variation des contenus et formats proposés - webconférences aux moments clés de l'année, tel l'été pour les futurs étudiants...

Enfin, si la précision apportée à l'Assemblée nationale est utile, qui réaffirme la complémentarité de la plateforme numérique aux services physiques présents dans les territoires, il faudra cependant porter attention aux effets de la fracture numérique et de l'illectronisme.

La présence de la CNCPH au sein du comité des parties prenantes est cependant de nature à rassurer sur la qualité du service rendu à tous types de publics.

#### **2. L'adaptation du cadre réglementaire pour la protection des données personnelles**

La plateforme sera, donc, alimentée par des données issues d'une part du traitement relatif à la déclaration sociale nominative (DSN) définie à l'article L.133-5-3 du code de la sécurité sociale, créé par décret pris après avis de la CNIL, et d'autre part du traitement relatif au compte personnel de formation (CPF) défini au II de l'article L. 6323-8 du code du travail, créé par décret et dont les modalités de mise en œuvre ont récemment été modifiées par décret pris après avis de la CNIL.

Le premier poursuit différents objectifs, dont « *la simplification des démarches des salariés relatives à leur protection sociale* » et « *la concordance des*

informations entre les montants déclarés pour l'ouverture des droits, le calcul des prestations et les montants soumis à cotisations sociales », et le décret du 21 novembre 2016 a intégré la Caisse des dépôts et consignations à la liste des destinataires des données. Le second traitement, relatif au CPF, poursuit lui d'autres objectifs, dont « la gestion et le contrôle des abondements en droits complémentaires associés aux ressources mentionnées à l'article L. 6333-2 du code du travail », « l'alimentation et la mobilisation des droits inscrits sur le compte d'engagement citoyen conformément aux dispositions de l'article L. 5151-8 du code du travail », et « la mise à disposition de services permettant d'accompagner le titulaire du CPF dans la construction de son parcours professionnel et de lui formuler des propositions en lien avec ses préférences, ses attentes et son parcours ». Ce même décret procède également à la désignation de la Caisse des dépôts et consignations comme l'organisme gestionnaire du CPF sur les plans financier et technique pour l'ensemble des actifs hors fonction publique.

Les finalités du traitement de données « *Mon parcours handicap* » apparaissent en première analyse compatibles avec les finalités poursuivies par les traitements relatifs respectivement à la DSN et au CPF mais elles s'attachent spécifiquement à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, de leurs aidants et de leurs représentants légaux, ce qui n'est pas prévu par les actes réglementaires en vigueur encadrant les différents traitements existants. **Il sera donc nécessaire, prévient la CNIL, de s'assurer de la cohérence des actes réglementaires encadrant les traitements relatifs à la DSN et au CPF avec le traitement « *Mon Parcours Handicap* », notamment au regard des finalités de traitement, des données collectées et des destinataires :**

- Les données traitées devront être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées, à savoir la simplification des « *démarches administratives des personnes handicapées, de leurs aidants et de leurs représentants légaux ainsi que le suivi personnalisé de leur parcours, notamment en matière d'accès à l'emploi et à la formation* », conformément aux dispositions de l'article 5.1.c) du règlement général sur la protection des données (RGPD) ;

- Les données à caractère personnel collectées devront être conservées uniquement pour la durée nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi par le traitement (article 5.1.e du RGPD) ;

- Les personnes concernées devront être informées par la Caisse des dépôts de l'ensemble des mentions prévues par l'article 13 du RGPD au moment de la collecte de leurs données et selon les modalités définies à l'article 12 de ce texte. Une mention d'information formulée en des termes clairs devrait être apposée sur le formulaire de création de compte sur la plateforme « *Mon parcours handicap* »

- Les destinataires des données traitées devront avoir un intérêt légitime à accéder à ces données et être habilités par le responsable de traitement ;

- Conformément aux articles 5.1.f) et 32 du RGPD, des mesures de sécurité techniques et organisationnelles devront être mises en œuvre pour empêcher toute utilisation détournée et frauduleuse, notamment par des tiers non autorisés, préserver l'intégrité des données traitées et en assurer la disponibilité.

Par ailleurs, compte tenu de l'objet de la plateforme, des traitements de données de santé à large échelle sont susceptibles d'être mis en œuvre. Par conséquent, une analyse d'impact relative à la protection des données, telle que prévue par l'article 35 du RGPD, devrait être réalisée en amont de la mise en œuvre du dispositif. Si cette analyse fait apparaître des risques résiduels élevés, la CNIL devra être consultée, conformément aux dispositions de l'article 36 du RGPD.

En tout état de cause, le décret en Conseil d'État fixant les conditions d'application du présent article 14 devra faire l'objet d'une saisine de la CNIL conformément à l'article 8-I-4°-a) de la loi informatique et libertés. L'**amendement COM-103** prévoit explicitement cette saisine.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Article 14 bis*

**Rapport sur l'attractivité des postes de praticiens  
au sein des établissements de santé privés d'intérêt collectif**

*Cet article propose qu'un rapport du Gouvernement soit remis au Parlement sur l'attractivité financière des postes de praticiens au sein des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Fidèle à sa position quant aux demandes de rapport, la commission des affaires sociales a, par un amendement COM-104 supprimé cet article.*

*Article 14 ter*

**Rapport sur l'état des lieux sur la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes**

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande la remise d'un rapport au Parlement dressant un état des lieux de la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants.*

*La commission a supprimé cet article.*

**I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : une « simple » demande de rapport**

Cet article est issu d'un amendement présenté par Marie Tamarelle-Verhaeghe, adopté en séance publique avec l'avis de sagesse de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Il sollicite, dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la loi, la remise au Parlement d'un rapport visant, d'après l'exposé sommaire de l'amendement, à « engager plus en profondeur une réflexion sur le décroisement des professionnels de santé [...] exerçant à l'éducation nationale, en PMI, en hospitalier ou en libéral » auprès des enfants et des jeunes. Cet état des lieux devra identifier les mesures nécessaires pour « remédier au manque de coopération » entre ces professionnels, « dans le double objectif d'un meilleur accès à la santé et d'une politique de prévention effective et efficace ».

**II – La position de la commission : la suppression de l'article**

Le sujet abordé par cet article est important en ce qu'il renvoie aux enjeux d'une nécessaire coopération entre les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, pour une prise en charge efficiente.

Pour autant, les constats sont déjà bien identifiés, sans qu'il semble utile d'en dresser une nouvelle fois l'état des lieux. La nécessité pour tous les acteurs de travailler de manière coordonnée avait notamment été mise en avant par le rapport de la mission d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France<sup>1</sup>, qui avait formulé des propositions.

Suivant par ailleurs la position habituelle de la commission sur les demandes de rapport, celle-ci a adopté **l'amendement COM-105 de son rapporteur de suppression de l'article.**

**La commission a supprimé cet article.**

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 494 (2016-2017) présenté par Michel Amiel, 4 avril 2017 (Sénat).

*Article 15 (supprimé)*  
**Gage de recevabilité**

*Cet article propose d'assurer, en application de l'article 40 de la Constitution, la recevabilité financière des mesures contenues dans la présente proposition de loi. Le Gouvernement a procédé à la levée de ce gage par un amendement de suppression de l'article déposé en séance publique à l'Assemblée nationale. La commission a maintenu la suppression de l'article.*



## EXAMEN EN COMMISSION

---

### I. AUDITION DU PR OLIVIER CLARIS, COORDONNATEUR DE LA MISSION SUR LA GOUVERNANCE ET LA SIMPLIFICATION HOSPITALIÈRES

*Mme Catherine Deroche, présidente.* – Mes chers collègues, nous recevons ce matin le professeur Olivier Claris, président de la commission médicale d'établissement (CME) des hospices civils de Lyon et coordonnateur de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières.

*Je salue les commissaires qui assistent à cette réunion à distance.*

*Cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat, qui sera ensuite disponible en vidéo à la demande.*

*La mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières a été lancée en décembre 2019 dans le cadre de Ma Santé 2022. Le rapport, rendu à l'été 2020, dans un tout autre contexte – celui de la pandémie –, a été versé aux travaux du Ségur de la santé.*

*Décidé dans l'urgence, le Ségur de la santé avait pour objectif premier de tenter d'éteindre l'incendie qui, avec l'épidémie de Covid-19, gagnait un hôpital public déjà en crise.*

*Le Gouvernement n'avait certainement pas d'autre choix que de répondre dans l'urgence à la demande de soignants exténués par la première vague de l'épidémie, qu'il devait mobiliser dans la perspective de la deuxième vague.*

*Les aspects plus structurels de l'organisation de l'hôpital, tels qu'envisagés par la mission Claris, sont en revanche passés au second plan.*

*Les ambitions de la proposition de loi que nous examinerons la semaine prochaine nous semblent ainsi singulièrement réduites.*

*Nous attendons de cette audition, monsieur le professeur, que vous nous exposiez les constats et les solutions proposées par votre mission, avant que le débat ne s'engage avec les commissaires.*

*M. Olivier Claris, coordonnateur de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières.* – Mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs, je suis très honoré d'être auditionné à propos de cette proposition de loi portée par Mme Rist. Vous vous souvenez certainement que, dès la fin des années 2018, et plus particulièrement en 2019, des mouvements de contestation assez importants se sont fait entendre au sein des hôpitaux.

*De ce fait, le Premier ministre, en novembre 2019, a annoncé une mission sur la médicalisation de la gouvernance hospitalière et la simplification, mission qui a été alors confirmée par Mme Agnès Buzyn, ministre de la santé, en décembre 2019.*

*Initialement, le rapport devrait être rendu à la fin du mois de mars, mais la pandémie virale est arrivée au cours du mois de février. De ce fait, nous avons rendu nos conclusions au ministre de la santé, M. Véran, le 16 juin 2020.*

*À l'issue de cette réception, il nous a demandé une mission complémentaire, qui a pris la forme de propositions qui ont été remises le 30 juin 2020.*

*Tout le monde sait ce qui se passe dans notre pays en termes de santé, mais l'attente des personnels hospitaliers, que ce soient les directeurs ou les personnels, soignants ou non, est importante. Nous avons, à l'occasion de cette mission, rencontré un certain nombre de personnes. Nous avons aussi effectué douze déplacements, ainsi qu'un certain nombre d'auditions. Au total, nous avons entendu plus de 240 personnes.*

*Nous avons rédigé un questionnaire qui a reçu plus de 6 000 réponses. C'est dire si les hospitaliers se sont mobilisés. Ils attendent à présent avec impatience des conclusions et des décisions, faute de quoi la remise en question des décisions du Gouvernement serait forte.*

*Cette mission a recueilli un fort consensus, puisque les conférences des présidents de CME, de CHU, de centres hospitaliers spécialisés psychiatrique, de directeurs généraux de CHU et de CH, l'association des directeurs de soins, l'association des directeurs d'hôpitaux, les cadres de santé ainsi que certains syndicats se sont associés aux conclusions.*

*À partir du moment où un avis très favorable émerge à propos des recommandations, il faut que celles-ci soient appliquées. La proposition de la loi portée par Mme Rist ne va pas aussi loin que nous l'aurions espéré. Certes, des ordonnances sont en cours de rédaction, mais je ne sais trop ce qui va en ressortir. J'ai cependant quelques propositions à vous soumettre. J'en profite pour remercier le sénateur Milon, qui nous a reçus ici, dans le cadre de l'élaboration de cette mission, il y a exactement un an.*

***Mme Catherine Deroche, présidente.** – J'ai demandé que le rapport que vous avez rédigé soit mis en ligne sur l'espace de dématérialisation de l'espace de travail en réunion (DEMETER) afin que nos collègues puissent y avoir accès pour la préparation du texte.*

*La parole est à Alain Milon.*

***M. Alain Milon.** – Merci pour ce rapport extrêmement intéressant, qui répond en effet à l'intégralité des attentes des personnels hospitaliers, qu'ils soient administratifs, praticiens ou infirmiers. Tous ceux que j'ai interrogés jusqu'à présent – syndicats, présidents de conférence, etc. – ont dit beaucoup attendre de cette proposition de loi à la suite du rapport Claris.*

Monsieur le professeur, toutes les conclusions de votre rapport font l'objet d'un très large consensus. Estimez-vous de façon générale que la proposition de loi qui nous est présentée a retenu l'essentiel de vos recommandations ? Certaines ont-elles été dénaturées par la proposition de loi ou le passage à l'Assemblée nationale ?

En second lieu, la proposition de loi est allée au-delà de ce que vous aviez proposé sur certains sujets. Je pense en particulier au recrutement des praticiens hospitaliers, à la liberté d'organisation des établissements hospitaliers ou à la lutte contre l'intérim médical. Il s'agit du dernier article, et j'aimerais avoir votre avis sur ce sujet extrêmement important pour les hôpitaux.

Cependant, la proposition de loi développe au sujet des groupements hospitaliers de territoire (GHT) des visions contradictoires avec vos propres conclusions. J'attends beaucoup de vos réflexions sur le sujet. Les dispositions qui sont présentées dans le cadre des GHT sont, à partir des auditions qu'on a pu faire, ressenties comme une véritable marche forcée par les fédérations, dont la Fédération hospitalière de France, les présidents de CME et l'ensemble du personnel, en particulier s'agissant du recrutement des directeurs ou des personnels médicaux. Ceci est difficilement accepté par les personnels et ne correspond en rien aux conclusions de votre rapport.

**M. Olivier Claris.** – Tout d'abord, bien que ce rapport porte mon nom, je ne l'ai pas rédigé seul, et je tiens à y associer absolument le docteur David Piney, président de la CME de Lunéville, le Docteur Radoine Haoui, président de la CME du CHS de Toulouse, M. Thierry Gamond-Rius, directeur général du Centre hospitalier de Lorient, et M. Philippe Sudreau, de l'IGAS.

Tout soignant, tout gouvernement, tout élu souhaite que la qualité des soins soit la même pour tous les citoyens, dans tous les territoires, avec un accès égal à des soins de qualité, un parcours simple et gradué en fonction de la gravité de la situation, d'où la nécessité d'avoir des soins de proximité grâce à la médecine générale ou la médecine libérale et des hôpitaux avec des spécificités différentes.

Ce qui importe aux hospitaliers que nous sommes, c'est un fonctionnement aussi souple que possible, dans l'intérêt du patient. Le premier cercle autour du patient est représenté par l'ensemble des soignants, dont la compétence et l'efficacité doivent permettre de proposer des soins tout en limitant les durées d'hospitalisation.

Pour fonctionner correctement, les soignants ont besoin d'un certain nombre de services support, de technique, de logistique, d'administratifs, de pharmaciens, de biologistes, de radiologues, etc. Ceux-ci doivent s'organiser pour faciliter l'organisation des soignants, pour le bien des patients.

Nul ne conteste la responsabilité légale du directeur d'établissement, mais chacun trouve son rôle : le médecin a une vision de la qualité, de la sécurité, de la pertinence des soins et de l'organisation de l'hôpital. Il est là pour diriger, le directeur gardant ses propres responsabilités.

On trouve dans la proposition de loi de Mme Rist peu de choses sur la médicalisation, si ce n'est le rappel du rôle fondamental du service dans l'organigramme de l'hôpital et, en particulier, du chef de service. Je pense que les recommandations 7 et 14 que nous avons faites dans le rapport sont importantes pour redonner une vraie fonction au chef de service – qui n'est pas une fonction de pouvoir mais de manager, dans un service dans lequel se trouvent des patients, des soignants, des étudiants en formation, etc.

C'est un point important et, vous le savez, nous avons beaucoup insisté sur le binôme que représentent le chef de service et le cadre de santé, qui joue un rôle considérable dans le fonctionnement du service.

Qui dit service ne dit pas forcément suppression des pôles. Là encore, qu'un hôpital décide ou non de s'organiser en pôles est de sa responsabilité et de sa liberté, mais le bon fonctionnement d'un service et l'implication de son chef de service ne sont pas incompatibles avec une telle organisation. Je l'expérimente depuis suffisamment d'années pour pouvoir le dire sans la moindre ambiguïté ni la moindre arrière-pensée. C'est aussi une question de relations humaines. Si un chef de pôle n'écoute pas le chef de service, cela amène bien évidemment un dysfonctionnement.

Il nous paraissait très important de rappeler le rôle d'un président. Je suis dans ma douzième année de présidence de CME, et j'ai donc une certaine expérience. Nous avons été amenés à écrire des choses qui peuvent paraître évidentes, mais à propos desquelles nous avons perçu des dysfonctionnements. Il n'est pas question d'opposer le clan des présidents de conseil médical d'établissement (PCME) au clan des directeurs. Nous avons éthiquement la responsabilité de nous entendre pour le bon fonctionnement de l'hôpital, la qualité, la sécurité et la pertinence des soins apportés aux patients. Ce n'est donc pas une question de pouvoir, mais de travail en bonne intelligence. C'est pourquoi nous avons émis un certain nombre de recommandations.

Le PCME joue un rôle décisionnaire dans la nomination des chefs de service et des médecins. C'est pourquoi nous avons insisté sur une cosignature de ces nominations, qui ne doivent pas être de la seule responsabilité du directeur.

La réponse du Syndicat des managers publics de santé (SMPS), que vous avez reçus très récemment, nous a surpris car, lorsque nous l'avions rencontré, il n'avait absolument pas contesté cette décision – mais il était alors présidé par quelqu'un d'autre.

Ce n'est pas une remise en question du pouvoir du directeur, mais si les chefs de service sont nommés contre l'avis du PCME, je ne vois pas comment celui-ci pourrait agir.

Le PCME est impliqué dans tout ce qui est médical, sous forme de codécisions ou de cosignatures. Certains points sont de la responsabilité d'un chef d'établissement. Il s'agit de toute la partie finance, du plan pluriannuel d'investissement, du plan global de financement pluriannuel (PGFP), etc.

*Nous nous étions entendus avec les directeurs pour qu'il y ait un visa avant l'envoi officiel à l'ARS. Peu importe que ce visa ait ou non une valeur juridique, puisque c'est le directeur qui est le garant de l'établissement. Toutefois, un visa du PCME signifie que la communauté médicale approuve les décisions. Sans cela, les décisions ne sont pas validées par la commission médicale. C'est ensuite aux tutelles d'en prendre la responsabilité, que ce soit le directeur d'établissement ou l'ARS, voire éventuellement la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ou le ministère de la santé. Il est important que le corps médical soit informé des grandes décisions budgétaires qui vont impliquer le fonctionnement quotidien de l'hôpital.*

*L'autre point important, qui n'apparaît pas dans cette loi et qui est pourtant très attendu, c'est la demande de délégation. Certains médecins n'ont aucune formation à la gestion d'un budget, et n'ont aucun désir de s'y impliquer. Cette délégation ne doit donc pas être une obligation. Si des chefs de service ou des chefs de pôle ont une formation et souhaitent s'impliquer, pourquoi ne pas leur confier une délégation, à condition qu'ils soient assistés par un directeur de pôle et éventuellement un cadre supérieur de santé afin de les aider à avoir une vision globale de leur pôle ou de leur service ?*

*La délégation fonctionne : tout le monde connaît l'exemple de Valenciennes, qui a été mis en place dans les années 2006-2007. L'hôpital de Valenciennes ne connaît pas de déficit démesuré par rapport à d'autres hôpitaux. Je ne connais pas sa situation financière, mais je sais qu'elle n'est pas mauvaise.*

*La délégation est donc possible. Il suffit de se faire confiance et de donner les moyens de fonctionner. Bien évidemment, celui qui accepte une délégation de gestion a le devoir de rendre des comptes. N'oublions pas que le financement de l'hôpital se fait grâce à l'impôt de toutes les Françaises et de tous les Français. Il est logique que l'on rende des comptes à l'État. Le financement par l'assurance maladie de l'hôpital est colossal. Il est donc normal de parvenir à un équilibre budgétaire. Si un chef de service ou un chef de pôle s'engage dans une délégation de gestion, il doit rendre des comptes mais avoir aussi les moyens de fonctionner.*

*Un autre point important réside dans le fonctionnement du président de CME et des directions fonctionnelles. On s'aperçoit qu'il existe des blocages dans certains endroits. Il est logique qu'un président de CME ait des liens privilégiés avec, pour les CHU, la direction de la recherche et de l'innovation, mais également avec la direction des affaires médicales pour tout ce qui est prospective, gestion des carrières, etc.*

*Cela ne veut pas dire que le président du CME va prendre la place du directeur et donner des ordres au directeur de la recherche ou des affaires médicales, mais il doit pouvoir travailler avec lui de façon privilégiée, sans toujours passer par le directeur général. Je le dis d'autant plus que je n'ai, dans mon CHU, jamais eu de problème avec le directeur de la recherche ni avec celui des affaires médicales ou des affaires logistiques, etc. Lorsque cela ne fonctionne pas, il faut écrire un minimum de choses.*

Enfin, le dernier point concerne la représentation de l'hôpital, en particulier du CHU vis-à-vis des tutelles, que ce soit l'ARS, les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST), l'INSERM, l'assurance maladie. Tout ce qui engage l'hôpital en dehors de la partie financière nécessite la présence du président de CME, qui doit représenter la communauté médicale auprès de ces instances, ou qui s'entend avec son directeur pour être présent lors d'un certain nombre de rencontres. Il ne faut pas l'exclure de cette représentation.

Les rencontres que j'ai eues avec certains directeurs d'ARS, en particulier celui de ma région, étaient claires de ce point de vue. Le directeur général de l'ARS, le docteur Grall, dit que son interlocuteur est le directeur général de l'hôpital, charge à ce dernier de transmettre les informations à qui de droit et, en particulier, au président de CME. Ce n'est pas au directeur général de l'ARS de s'assurer que telle information parvienne à telle ou telle personne. Si le président de CME ne veut pas aller à telle ou telle réunion, il s'entend avec son directeur général.

Je n'ai aucun problème à parler au nom de la mission et d'un certain nombre de présidents de CME pour dire qu'il est très important de pourvoir les postes vacants. La question fondamentale est de savoir pourquoi un poste est vacant. Soit il n'y a pas assez de médecins disponibles, soit il manque d'attractivité.

Il est certain qu'une certaine souplesse est nécessaire pour que les établissements aient une organisation et un règlement internes. La France s'est historiquement construite, à partir de Louis XI, grâce à une certaine centralisation, mais celle-ci connaît quelques limites. Il peut y avoir un cadre général dans lequel tout le monde doit rentrer et une souplesse d'organisation locale en fonction de la spécificité des équipes, des hommes et des territoires ou des établissements.

Enfin, l'intérim constitue un problème majeur. Si l'on faisait le calcul du coût réel de l'intérim par rapport aux services rendus, je pense qu'on éprouverait de grandes frayeurs. J'ai quelques exemples en tête. Il est inadmissible qu'on soit rentré dans une inflation des salaires proposés à un certain nombre de médecins qui ne sont pas toujours compétents – pour ne pas dire plus –, qui ne s'intègrent pas forcément dans un service ou un hôpital porteur d'un projet, et qui viennent en tant que « mercenaires » pour effectuer une vacation. Quoiqu'il se passe, ils n'en sauront rien, repartiront et iront exercer ou sévir ailleurs.

Ce mode de fonctionnement n'est pas acceptable. Il ne répond pas à un critère de qualité et il s'agit d'une dépense excessive. Je suis persuadé que si l'on utilisait l'argent de l'intérim pour le mettre à la disposition des établissements, instiller de la souplesse dans des crédits de remplacements ou dans tout ce que l'on peut imaginer, ce serait tout aussi efficace.

Le problème de l'intérim pose une autre question : pourquoi certains postes restent-ils aussi longtemps vacants ? Faut-il maintenir des structures de santé qui n'arrivent pas à recruter du personnel compétent ? On ne peut faire croire à nos concitoyens qu'ils seront bien traités quand on sait la qualité du personnel que l'on recrute. On ne peut laisser un citoyen aller dans un hôpital dans lequel les « sachants » n'iraient pas. C'est inacceptable collectivement. Il faut donc absolument mettre des limites à l'intérim.

*Je sais que des syndicats d'intérimaires sont montés au créneau et ont attaqué Mme Buzyn quand elle a commencé à vouloir y mettre des limites, mais elle avait tout à fait raison de vouloir le faire – et nous sommes collectivement du même avis.*

*Pour ce qui est de votre troisième question, elle est très compliquée, et il faut bien savoir ce que l'on imagine pour un GHT. Souvenons-nous que les GHT ont été décidés par les directeurs généraux d'ARS. Il existe donc une hétérogénéité manifeste dans chaque type de GHT, sur tous les territoires.*

*Je prendrai, pour illustrer ce que je dis, l'exemple de la région Rhône-Alpes-Auvergne. Dans la Loire, il n'existe qu'un seul GHT, dont l'établissement support est le CHU de Saint-Étienne. Tous les hôpitaux et tous les CH font partie du GHT. Dans le département du Rhône, le CHU de Lyon est membre d'un GHT avec trois hôpitaux, qui ont essentiellement une orientation gériatrique et qui sont de très petite taille. C'est vous dire la différence majeure qui peut exister. Le fonctionnement des GHT ne peut donc être homogène.*

*Comment fixer un cadre ? Tout d'abord, quel est l'objectif du GHT ? Le GHT a été proposé et instauré un peu à marche forcée, puisqu'il a été exigé d'avoir d'abord une pharmacie unique, un département d'information médicale de territoire unique, et un système d'information unique. On a donc commencé à cristalliser des oppositions, et notamment à mettre en difficulté des hôpitaux qui n'avaient pas le même système d'information. Or changer de système d'information est une dépense non négligeable !*

*Je ne suis pas persuadé que cela ait été le meilleur moyen de fédérer les acteurs dans le cadre du GHT. Il est important – la mission l'a écrit – d'avoir un projet territorial de santé. Qu'est-ce donc là ? Il s'agit d'un projet qui fédère tous les acteurs concernés : usagers, médecins libéraux, établissements de santé publics et privés, hôpitaux psychiatriques, centres hospitaliers spécialisés (CHS), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), centres hospitaliers et éventuellement facultés de médecine, sous l'égide des universités.*

*Les acteurs, outre les présidents de CME et les DG, en sont bien évidemment les élus locaux, qui doivent participer aux décisions concernant les impératifs de santé du territoire, qui restent à définir. Si un élu local n'a pas les éléments pour comprendre pourquoi tel hôpital ne peut plus fonctionner, il ne pourra partager une décision de réorientation de l'activité.*

*Si, dans un territoire, il est important de restaurer un hôpital, voire d'en construire un nouveau, il faut que les élus locaux soient impliqués dans la compréhension du phénomène, la gestion du projet et peut-être même, afin d'éviter des dépenses colossales à l'assurance maladie, qu'ils y participent financièrement.*

*À partir du moment où on a un projet territorial, on peut imaginer des GHT. Un certain nombre d'établissements décident de se regrouper dans un territoire défini avec un vrai projet médical de territoire. Dès lors, les organisations se mettent en place autour de ce projet. Il s'agit d'une commission médicale de groupement, autour du directeur de l'établissement support ou du directeur du comité stratégique. On remplace le comité médical par une commission médicale de*

groupement, avec un président à sa tête. C'est parfaitement légitime. Reste à décider des responsabilités et des modes de fonctionnement avec un règlement interne. On peut imaginer qu'une commission médicale de groupement ne fonctionne pas comme celle d'un territoire très éloigné, les impératifs ou les spécificités n'étant pas les mêmes.

Oui aux GHT, mais le risque demeure le même : le petit a peur du gros. Le CH a peur du CHU, le petit CH a peur du gros CH, l'hôpital de proximité a peur du CH. Chacun pense y perdre à la fois sa spécificité, ce qui fait son existence même, et imagine que cela va lui « mettre des bâtons dans les roues » dans son fonctionnement quotidien. Le but du GHT n'est pas d'ennuyer les gens et de perturber leur fonctionnement quotidien.

Les directeurs d'établissements faisant partie de GHT m'ont tenu des discours différents, certains m'expliquant qu'ils ne se sentent pas dévalorisés lorsqu'ils ne sont plus responsables de la procédure des achats, que cela représente pour eux un gain de temps, d'autres me disant y avoir perdu dans leur liberté de décision.

Comme toujours, c'est une affaire de relations humaines. Une volonté empiriste de tout diriger fera forcément des mécontents, qui ne se satisferont pas du fonctionnement du GHT. À l'inverse, si l'on fonctionne intelligemment, le GHT et la commission médicale d'établissement présentent un certain nombre d'avantages.

On peut aller très loin : faut-il fusionner les CME dans une commission unifiée de groupement ? Beaucoup d'entre nous n'y sont pas favorables. Nous avons peur de superstructures qui seraient mises en place immédiatement avant qu'on voie le fonctionnement réel d'un GHT. Nous sommes plusieurs à penser qu'il ne faut pas aller trop vite – mais pourquoi pas ? Il faut auparavant asseoir le fonctionnement d'un GHT, afin que les gens aient l'habitude de travailler ensemble, les GHT s'entendant sur tel type d'organisation pour répondre aux besoins de la santé de la population dans un territoire bien défini, avec une interaction entre les petits CH, les gros CH, les établissements spécialisés, la médecine libérale, etc. On doit avoir, en fonction de ce projet, une véritable gestion prévisionnelle des emplois pour imaginer tel praticien à tel endroit et tel autre ailleurs, en relation avec des besoins de santé.

N'oublions pas les spécificités du CHU. Celui-ci doit conserver un rôle dans la recherche et l'innovation, qui sont sources de progrès pour la santé en France. Il doit également avoir une réactivité en matière de recherche et d'investissements. Le CHU doit pouvoir demander quelques postes supplémentaires dans telle discipline qui lui permettra de développer un projet même si, dans un établissement qui est partie prenante, il existe des difficultés dans cette discipline. Ce n'est pas parce qu'un établissement est en difficulté qu'on doit affaiblir le rôle du CHU. Le CHU doit aider au fonctionnement, mais ne doit pas être affaibli par la difficulté d'un ensemble d'hôpitaux.

*Dans le cas contraire, on risque d'assister à la disparition des CHU. La France avait pris un retard considérable dans ce domaine, dans les années 1970-1980, peu de temps après leur création. Nous n'occupons alors pas un rang extraordinaire au niveau mondial. Nous avons maintenant une bonne place. Peut-être pourrions-nous être meilleurs, mais nous sommes largement parmi les dix premiers au niveau international, grâce au développement des CHU.*

*Le CHU garde une mission très importante, à la fois en termes de proximité, mais également de formation de tous les professionnels de la santé. C'est au CHU que l'on forme les infirmières, les kinésithérapeutes, les orthophonistes etc. Il faut donc que le CHU puisse fonctionner, mais cela ne doit pas être au détriment des autres hôpitaux, d'où la nécessité de bénéficier de relations.*

*Avant même que le GHT n'existe, beaucoup de CHU, dans une même région, se réunissaient et travaillaient avec de gros CH. Si un CHU n'a pas dans son territoire de gros CH, il ne pourra fonctionner : il sera en effet « embolisé » par un certain nombre de demandes qui ne correspondront pas à sa mission. Si un CH ne dispose pas d'un CHU fort, il ne pourra pas fonctionner non plus.*

*Je cite volontiers Thierry Godeau, président de la conférence des CME de CH. Invité aux assises hospitalo-universitaires de Toulouse en 2014, il avait indiqué que les CH avaient besoin de CHU forts. Nous, CHU, avons répondu que nous avions besoin de CH forts.*

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – *Comment avez-vous tenu compte de la crise sanitaire dans le rendu de vos travaux ?*

**M. Olivier Claris.** – *Nous n'en avons volontairement pas tenu compte. La mission a en effet démarré fin décembre et s'est achevée la première semaine de mars, avant le déclenchement de la crise sanitaire. Nous n'avons donc pas modifié nos conclusions. Force a été de constater que cette crise a répondu aux observations que nous faisons. Elle a bien démontré que si le système de santé a été réactif, c'est parce qu'on a facilité le fonctionnement de l'hôpital et qu'on n'a pas compté l'argent. Je ne parle pas de la médecine libérale ou des établissements privés, que je ne connais pas. L'argent n'a pas coulé à flots pour autant. Aucun d'entre nous ne l'a dépensé inutilement, mais le fonctionnement a été facilité afin d'être réactif, réarmer des lits de réanimation ou de soins intensifs, réorganiser les services, les consultations, recruter du personnel, obtenir du matériel identique.*

*Ceci prouve bien que lorsqu'on fonctionne intelligemment et qu'on prend des décisions en accord avec les acteurs de terrain – infirmière, médecin ou chef de service –, elles sont appliquées immédiatement, qu'il s'agisse de pharmacie, de logistique ou de travaux. C'est grâce à cela que le système de santé français a répondu présent durant cette crise sanitaire.*

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – *La parole est aux commissaires.*

**Mme Frédérique Puissat.** – Monsieur le professeur, vous l’avez dit en introduction : la loi est parfois complexe et embrasse largement les choses. L’article 14 du texte de loi porte sur la création d’une plateforme numérique à destination des personnes handicapées. Même si le sujet n’est pas au cœur de votre rapport, on n’est pas très loin des enjeux de projets territoriaux de santé, notamment en matière de handicap.

Avez-vous un avis sur cette plateforme et la notion de service qui y est intégrée et, au-delà, sur l’articulation entre celle-ci et les départements qui gèrent les MDA et les MDPH ?

**Mme Michelle Meunier.** – Merci pour ces propos clairs et précis, néanmoins très médico-centrés.

Je ne suis pas compétente pour qualifier l’organisation des soins que vous décrivez, mais cela a le mérite d’être clair, bien que le binôme que vous appelez de vos vœux ait, me semble-t-il, déjà existé dans le passé.

L’objectif, avez-vous dit, est de viser la qualité des soins. C’est tant mieux pour l’intérêt du patient. J’ai souvenir, lors d’une des tables rondes organisées par notre collègue Alain Milon, d’avoir entendu une représentante des usagers déplorer le manque de place des patients, de leurs représentants et des usagers en général. Est-ce une notion que vous avez volontairement écartée dans votre rapport ?

Si c’est le cas, je trouve cela dommage, car on a l’habitude de dire dans cette commission qu’il existe un triptyque entre le patient, l’hôpital, le professeur ou le médecin.

**Mme Florence Lassarade.** – Je me demande si l’on pourra un jour revenir en arrière face à cette vague qui grossit de plus en plus. J’ai été praticien hospitalier à temps partiel, et on a vu les dégâts causés par ces GHT hors CHU. Je ne reviendrai pas sur ce point, que vous avez longuement développé.

Par ailleurs, l’intérim est un poison pour les hôpitaux et leurs finances. On le déplore, et on essaye de trouver d’autres solutions. On ne peut cependant fermer toutes les maternités. On a besoin des intérimaires qui, comme vous le disiez, ne sont pas toujours compétents et perturbent souvent les services en voulant tout réorganiser ou en changeant les protocoles en un week-end. J’ai connu cette situation, qui est très déplaisante, y compris pour les équipes soignantes.

Ma question porte sur les hôpitaux psychiatriques. Quelle spécificité leur accordez-vous dans votre rapport ? Ce sont les grands oubliés de la médecine et des soins français. Mme Buzyn avait évoqué des infirmiers en pratique avancée (IPA), en particulier dans les hôpitaux psychiatriques. Finalement, ce sont plutôt les élèves infirmiers en fin d’études qui s’en chargent, sans expérience aucune. Y aura-il un progrès à ce niveau ?

**Mme Marie-Pierre Richer.** – Monsieur le professeur, vous n’avez pas évoqué les urgences, alors que l’on sait que ces services engorgent beaucoup les hôpitaux. Qu’en est-il donc ?

Par ailleurs, les intérimaires constituent un vrai fléau. Comment revenir en arrière maintenant qu’on a mis le doigt dans l’engrenage ?

Enfin, vous avez évoqué les élus locaux. Avez-vous également étudié le fait que l'on soit passé d'un conseil d'administration à un conseil de surveillance ? Dans le Cher, le centre hospitalier psychiatrique George Sand a regroupé trois établissements. L'un est à Bourges, ville centre, les deux autres dans des communes plus petites. Aujourd'hui, l'un des élus n'est pas représenté au sein du conseil de surveillance. Or on est en plein projet d'établissement, et les élus ne comprennent pas qu'on ne les sollicite pas davantage.

**M. Olivier Claris.** – Le numérique et le handicap sont des points importants. La place du handicap est actuellement prise en compte dans chaque restauration ou chaque construction. Nous travaillons notamment avec des représentants des personnes handicapées pour valider le fait que nos organisations laissent suffisamment de place aux personnes handicapées.

S'agissant du numérique, nous avons vu, grâce à la crise, se développer la télésanté au sens large, l'expertise et les consultations, etc. C'est certainement une chose, qu'il faut maintenir, car cela rend service à tout le monde et évite des transports en ambulance inutiles. Le coût des ambulances, en France, représente plusieurs milliards d'euros. C'est donc un point qu'il faut développer, en n'oubliant pas qu'on a besoin de palper un ventre, d'écouter un cœur, de prendre une tension artérielle. Je suis pédiatre, et c'est encore plus difficile avec des enfants. Dans le cas d'une maladie particulière qu'on connaît bien, je pense qu'on peut faire, sur trois consultations par an, deux en téléconférence ou visioconférence et une sur place.

Le numérique est une part importante de nos organisations à venir. Toutefois, je n'ai pas la compétence pour répondre à votre question sur le lien avec les départements.

Madame Meunier, vous n'avez pas dû lire l'intégralité du rapport, car la place des usagers y est bien précisée. Nous avons évoqué à plusieurs reprises leur rôle dans l'organisation de l'hôpital, en indiquant qu'ils pouvaient être invités ponctuellement, aussi bien en CME que dans le cadre du directoire, et qu'ils étaient partie prenante dans l'organisation d'un projet de santé territorial. Nous en sommes donc parfaitement conscients.

Il se trouve qu'en tant que néonatalogue, je travaille avec une association d'usagers « SOS Préma », que vous connaissez probablement. Nous avons des liens très forts, notamment en matière de restructuration du service. Mon institution, les Hospices civils de Lyon, a salarié un usager à mi-temps pour être impliqué dans le projet d'établissement. La place des usagers est donc bel et bien importante.

Il est par ailleurs certain que l'intérim représente un fléau et un poison. Je suis convaincu que s'il existe une volonté politique forte, nous pourrions revenir en arrière. Il le faut !

Les hôpitaux psychiatriques n'ont pas été oubliés. Un président de CME de CHS siégeait avec nous, le docteur Radoine Haoui, et nous avons par ailleurs à plusieurs reprises bien précisé le rôle spécifique des hôpitaux psychiatriques. Ils sont nos partenaires à part entière.

*La difficulté vient de la participation des hôpitaux psychiatriques aux GHT, qui donne lieu à un grand débat. Certains hôpitaux psychiatriques ont souhaité être en dehors du GHT, d'autres étant quasiment partie prenante. Il ne faut pas s'arrêter aux barrières, si elles existent. L'objectif est bien la coopération. Un CHU comme le mien collabore avec le centre hospitalier spécialisé, situé juste à côté. Nous partageons en outre des postes hospitalo-universitaires, des projets de recherche et des réorganisations.*

*Les IPA sont un sujet depuis un certain nombre d'années. À un moment donné, le ministre avait parlé de nouveaux métiers de la santé. Je pense qu'il ne faut pas créer de nouveaux métiers médicaux. Certains cœurs de métier ont des spécificités particulières. Redonnons à tous les cœurs de métier ce qui leur revient réellement, qu'il s'agisse des infirmières, des auxiliaires de puériculture, des aides-soignants. Je suis stupéfait de constater que des protocoles de coopération écrits il y a trois ou quatre ans reprennent ce que l'on faisait il y a 35 ans. C'est un peu dommage. On a professionnalisé, sécurisé, mais on a stratifié, réglementé, et finalement enlevé des compétences à des corps de métier qui les ont exercées durant des années.*

*Il y a très peu de temps encore, une auxiliaire de puériculture en maternité pouvait donner de la vitamine D aux nouveau-nés. Elles n'en ont à présent plus le droit. Des centaines de milliers de bébés ont reçu de la vitamine D et, jusqu'à preuve du contraire, aucun n'en est mort. On a enlevé une tâche à des auxiliaires de puériculture pour la confier à des sages-femmes, dont on perturbe l'organisation.*

*Redéfinissons ensemble les cœurs de métier et innovons ! Chaque fois qu'une activité effectuée par un professionnel peut être réalisée par une autre catégorie en toute sécurité, pourquoi pas ? On y gagne à la fois en qualité et en pertinence de soins, ainsi qu'en efficience et en temps médical.*

*Madame Richer, les urgences constituent un problème colossal. C'est le souci de tout hôpital. Plusieurs problèmes se posent : quelle est la réponse de la médecine libérale à une demande de proximité ? Si les gens vont à l'hôpital, est-on certain que la médecine libérale répond à toutes les attentes dans son organisation ?*

*En tant que médecin hospitalier, je ne suis pas chargé de critiquer la médecine libérale. J'ai quelques collègues généralistes avec lesquels je m'entends très bien. L'un d'eux m'a dit que si chacun pouvait faire un effort, des plages de consultation se libéreraient, permettant d'assumer les urgences.*

*Par ailleurs, les jeunes collègues ne veulent plus travailler seuls en cabinet. C'est impensable aujourd'hui. Les gens souhaitent se regrouper à trois, quatre ou cinq, voire plus. Peu importent les structures. Il ne me paraît donc pas déraisonnable d'imaginer des horaires variables. L'un commence à 8 heures et l'autre à 14 heures, pour terminer à 20 heures ou 21 heures, surtout s'il existe un financement de l'assurance maladie pour favoriser ce type de maisons médicales.*

*En tant que pédiatre, je sais fort bien que tous les parents ne vont pas pouvoir se libérer à 15 heures pour venir consulter. Ils ont leur travail, et c'est parfois en récupérant les enfants à la sortie de l'école ou de la crèche qu'ils se rendent compte qu'ils sont malades et qu'une consultation d'urgence est nécessaire. Il faut bien l'assumer.*

*C'est un débat que l'on a avec certains pédiatres libéraux, qui estiment qu'ils sont des spécialistes comme les autres, et qui reçoivent donc de 9 heures à midi et de 14 heures 17 heures ou 18 heures. Or la pédiatrie, ce n'est pas cela. Il faut accepter, en période d'épidémie, que les consultations puissent aller jusqu'à 21 heures. Cela évite d'aller à l'hôpital.*

*Il faut aussi tenir compte de l'organisation des urgences à l'hôpital. Des collaborations se développent avec des maisons médicales de garde à proximité, voire dans le cadre de l'hôpital. Toute initiative est bonne à prendre pour faciliter le fonctionnement. En aval, on ne peut admettre que des patients s'entassent sur des brancards dans les couloirs. Ce n'est pas humainement acceptable. Lorsque c'est le cas, ce n'est pas de la mauvaise volonté : y a-t-il suffisamment de lits pour admettre ces patients ? Si c'est le cas, la possibilité d'hospitaliser en toute sécurité et de ne pas déprogrammer est-elle ouverte ? L'expérience prouve que les CH déprogramment plus que les cliniques. Le patient qui est déprogrammé deux fois va voir ailleurs, l'organisation des cliniques faisant que la déprogrammation y est moindre. Il y a là un aspect concurrentiel qu'il faut bien avoir en tête.*

*D'autre part, il convient de définir l'effectif par rapport à l'activité d'un service. Le point le plus simple à régler est celui de la responsabilité. Qui assure la responsabilité médicale d'une personne de 80 ans en provenance des urgences et qui va dans un service d'ophtalmologie ? On ne peut demander à un ophtalmologue d'assurer la prise en charge d'un patient qui n'est pas de son ressort et qui souffre éventuellement de polypathologies. Il suffit d'un règlement intérieur pour régler le problème.*

*Le sujet des urgences est important à prendre en compte. Je pense qu'il faut établir une collaboration entre tous les acteurs de la santé du territoire et que les hôpitaux adoptent un minimum de souplesse.*

*En 2016, nous avons subi de très fortes pressions venant d'en haut pour fermer des lits. La canicule s'est abattue sur la France vers mi-juin ou début juillet. Il a été en particulier demandé au CHU d'ouvrir des lits. Quand on vient de les fermer, comment fait-on ? Les lits sont là physiquement, mais on ne dispose plus de personnel. Soyons raisonnables et n'exigeons pas que les lits soient occupés en permanence à 95 %. Cela ne laisse ensuite aucune liberté d'action et on ne peut plus répondre aux besoins de santé.*

*Je n'ai pas constaté de différence entre un conseil d'administration et un conseil de surveillance, mais notre conseil de surveillance compte des élus locaux. On y trouve un représentant de la ville – en l'occurrence, c'est le maire qui est président –, un représentant de la métropole et un représentant de la région.*

**Mme Marie-Pierre Richer.** – Mais il n’y a pas forcément d’élus dans le petit hôpital désormais rattaché au grand. Certains élus qui disposent d’un centre hospitalier et qui ne sont pas représentés au conseil de surveillance se sentent frustrés.

**M. Olivier Claris.** – C’est bien pourquoi l’hôpital et le GHT doivent travailler ensemble intelligemment et que l’on doit se pencher à nouveau sur la définition d’un projet de santé au sens large sur un territoire, en définissant les besoins spécifiques de celui-ci, en mettant en évidence les forces en présence, en répartissant l’organisation des soins, le parcours de soins et l’implication des élus locaux, qui sont responsables devant ceux qui les élisent.

Beaucoup d’entre nous sont très favorables au dialogue permanent avec les élus locaux pour l’organisation des soins et de la santé sur le territoire, mais nous sommes beaucoup plus réticents à ce qu’un maire s’implique dans les décisions fines du fonctionnement de l’hôpital pour prévenir tout clientélisme.

**Mme Jocelyne Guidez.** – Il me semble qu’à l’origine, ce texte prévoyait la création d’une profession médicale intermédiaire, dont le diplôme est situé entre bac + 10 et bac + 3. Face à l’opposition du monde médical, l’article a été réécrit me semble-t-il et consiste désormais en une demande de rapport au Gouvernement dressant, dans un délai de six mois après le vote de la proposition de loi, un état des lieux de l’exercice des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération.

La mise en place de ce statut intermédiaire apparaî-t-elle comme une nécessité selon vous. Si c’est le cas, sous quelle forme ?

**M. René-Paul Savary.** – Votre point de vue est celui d’un président de CME, mais il existe cependant un environnement auquel il faut être attentif.

Vous affirmez qu’il faut associer l’usager et les médecins libéraux. Cela s’appelle un groupement hospitalier de territoire. Je ne vois pas comment ceux qui n’y sont pas associés se considéreraient comme directement concernés. Pourtant, la territorialisation demeure la bonne formule.

Vous allez plus loin : une CME est un véritable outil hospitalier. Une prise en main d’une CME sur un GHT risque de constituer une prise en main trop importante du milieu hospitalier sur le privé, parfois plus performant que le public dans certains territoires.

Ne faudrait-il pas créer un groupement de projet médical de territoire, ce qui associerait tout le monde et permettrait à l’hôpital de rester au centre du dispositif ? Cela permettrait peut-être de régler le problème des urgences, de la formation – puisqu’il faut bien que les généralistes participent à la formation – et de faire en sorte que certains praticiens qui n’exercent pas à l’hôpital soient associés à la recherche et à l’université. On pourrait alors avoir une organisation territoriale plus cohérente, en ce sens qu’elle prendrait en compte toutes les difficultés rencontrées par les uns et les autres. Il ne faut pas oublier que le médico-social est également attaché aux GHT. Une évolution juridique serait peut-être intéressante. Qu’en pensez-vous ?

**M. Bernard Bonne.** – Il était important que des médecins s'occupent un peu de la médecine et ne laissent pas tout aux administratifs.

L'attractivité des structures hospitalières ou médicales apparaît comme le problème essentiel. On sait qu'un hôpital ou un établissement privé n'ont de valeur que dans la mesure où les médecins qui y viennent jouissent d'une certaine réputation. Comment faire en sorte que s'exerce cette attractivité ?

Vous avez parlé du rôle des élus locaux : je crois qu'ils peuvent éventuellement attirer sur leur secteur géographique des médecins en essayant de démontrer toutes les qualités de l'endroit où ils sont. Le rôle des élus locaux est souvent intéressant, mais quelquefois difficile à accepter.

J'ai pu ainsi constater les difficultés qui existaient entre les hôpitaux de Montbrison et de Feurs, où il fallait supprimer des services à un endroit, ce que les élus ne souhaitaient pas. Il a été compliqué de trouver une solution à ce problème, malheureusement imputable aux élus locaux.

Par ailleurs, sur le plan financier, il est important de revaloriser les salaires des médecins comme ceux des personnels paramédicaux, qui n'ont pas été fixés au niveau des responsabilités de chacun.

Enfin, sur le plan médical, la formation des internes permet à ces derniers de rester dans les services où ils ont trouvé ce qu'ils cherchaient. Je me souviens d'être intervenu en faveur du service de dermatologie du professeur Cambazard, qui bénéficie d'une certaine réputation. Il ne parvenait pas à obtenir un interne supplémentaire, qu'il pouvait former. Le président de la CME et les instances médicales ne pourraient-ils disposer d'un poids plus important pour ce faire ?

Il faut renforcer leur rôle et prendre en compte les besoins. On se plaint aujourd'hui du délai nécessaire pour obtenir un rendez-vous, quelles que soient les spécialités. Il faut trouver des solutions. Or la formation que dispensent les hôpitaux, universitaires ou non universitaires, est excellente.

**M. Olivier Claris.** – Nous sommes vent debout contre l'idée de profession médicale intermédiaire. On ne va pas faire une médecine sous-qualifiée ! Le risque est de considérer que l'on pourrait avoir des médecins « au rabais ». Ce n'est pas possible ! On n'a pas besoin de nouvelles professions médicales intermédiaires. Il est nécessaire de redéfinir les rôles des uns et des autres, d'avoir des protocoles de coopération, des infirmières en pratique avancée, mais certainement pas une profession médicale intermédiaire. Nous sommes formels sur ce point.

Monsieur Savary, je suis convaincu qu'il n'y a pas d'opposition entre un GHT qui fonctionne bien et un projet médical de territoire. Les deux sont possibles, chacun dans son rôle, mais sans que l'un ignore l'autre. C'est très important.

Je n'entrerai pas dans la polémique entre public et privé. Ce qui est certain, c'est que les Françaises et les Français plébiscitent notre système de santé sous deux formes, l'une publique, l'autre privée. Il n'est pas question de revenir dessus. Ces systèmes sont complémentaires. Je ne chercherai pas à trancher pour dire lequel est le meilleur. Il y a du bon et du mauvais partout, exemples à l'appui.

*La formation des médecins généralistes est un point très important. L'université, via les facultés de médecine, est le lieu de formation des étudiants en santé, en particulier en médecine. La médecine s'exerce sous différents aspects. L'exercice du généraliste est très particulier et n'a rien à voir avec l'hyperspécialiste du CHU. C'est pourquoi l'enseignement doit porter sur les choses les plus simples. C'est ce qui se passe notamment au CHU, qui doit être le premier recours pour le patient qui vit à côté en cas d'hospitalisation, mais également offrir la plus grande des expertises dans les domaines les plus compliqués, comme la transplantation hépatique, etc.*

*On doit travailler intelligemment avec toutes les spécialités, y compris la médecine générale. Il faut reconnaître que les départements de médecine générale ont été parmi les plus innovants en matière de techniques pédagogiques.*

*Vous avez évoqué la recherche. Celle-ci s'est professionnalisée, et c'est pour cela que la France a atteint un niveau international satisfaisant. La recherche se fait à partir du patient. Tout médecin, où qu'il soit, a toute légitimité pour se poser une question et engager une recherche. Toutefois, si vous avez une bonne question et une mauvaise méthodologie, vous n'arriverez pas à répondre à la question. Le débat sur l'hydroxychloroquine relève exactement de ce sujet.*

*Si la recherche n'est pas gérée par des professionnels, les bonnes questions n'auront pas de réponse. Personne n'est dépositaire de la recherche, mais celle-ci doit se faire sous la bannière du CHU, de l'université, parce que c'est là que sont formés les professionnels de la recherche. Cela n'empêche pas tel ou tel médecin d'avoir un projet, mais il doit être aidé par des professionnels de la recherche pour qu'on ne lui vole pas ses résultats en les publiant en son nom.*

*Je suis d'accord pour ce qui est du médico-social, mais ce secteur doit accepter un certain nombre de règles de certification ou d'accréditation et rendre des comptes, ce qui n'est pas toujours le cas. Les acteurs du médico-social jouent un rôle à part entière dans un territoire de santé. Il n'y a pas de confusion possible pour moi sur ce point.*

*Je suis d'accord avec M. Bonne à propos du dialogue entre un hôpital qui a des difficultés pour recruter et les élus locaux. Une mission m'avait été proposée pour une maternité qui ne fonctionnait pas correctement et qu'il fallait fermer, faute de recrutement. Il n'y avait plus de pédiatre, plus d'anesthésiste, plus d'obstétricien. Cette maternité ne pouvait donc fonctionner. Elle comptait certes une excellente équipe de sages-femmes, mais cela ne fait pas tout. Le maire de la ville à côté ne comprenait pas que sa magnifique région n'attire pas les médecins, alors que, géographiquement, elle fait rêver beaucoup de personnes.*

*Vous pouvez favoriser une installation, proposer des aides et des crédits, des locaux, s'il n'y a pas de projet médical ni d'autres médecins, aucun praticien ne viendra s'installer. Il faut favoriser l'attractivité par un projet médical et aider à l'implantation quand le lieu n'est pas attractif.*

*Je vous rejoins totalement sur le fait qu'il faut s'intéresser aux gens que l'on forme. C'est un rôle majeur lorsqu'on est maître de stage. L'étudiant en médecine, l'interne, l'étudiante sage-femme ou infirmière ne sont pas la dernière roue du carrosse, à qui l'on donne à faire les corvées dont personne ne veut !*

*J'ai connu l'époque des externes qui collaient les résultats dans les dossiers. On acceptait de le faire si on avait une formation en contrepartie. Si on sortait du stage en ayant appris quelque chose et en ayant accompli des progrès, on pouvait accepter ce type de tâches. Si le service qui reçoit un stagiaire ne lui donne pas envie d'y travailler ou de demeurer dans l'hôpital, il ne viendra pas.*

*S'agissant du salaire, deux aspects sont importants pour moi. Quand on propose à une jeune infirmière qui débute en alternance jour/nuit, avec deux week-ends par mois, un salaire net de 1 400 euros, on méconnaît la réalité des choses. Ce n'est pas normal. Il ne faut pas tout ramener à l'argent, mais il y a un moment où les salaires doivent être décents. Tout le monde est d'accord sur ce point : il faut faire quelque chose !*

*Par ailleurs, une grande majorité de médecins font partie, en France, du « top 10 », voire du « top 5 » des rémunérations. Je ne trouve pas forcément admissible que l'on demande une revalorisation du salaire des médecins. Il faut appeler un chat un chat !*

*Ce qui est difficile pour le corps médical, c'est d'avoir un écart de rémunération parfois colossal entre le public et le privé. Beaucoup de mes collègues médecins ne revendiquent pas forcément des revalorisations salariales, mais certains salaires sont quatre à cinq fois supérieurs ailleurs. On a proposé à l'un de mes jeunes collègues une carrière hospitalo-universitaire dans une discipline particulière. Il a finalement choisi une clinique privée, où il gagne trois fois plus et ne travaille que quatre jours par semaine. Ce n'est pas normal. C'est une concurrence déloyale.*

*Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit : je ne suis pas contre le fait de gagner de l'argent. Ce n'est pas le problème, mais pour un même métier, une même activité, lorsqu'on touche de l'argent de l'assurance maladie, être au-delà d'un facteur trois ou quatre ne me paraît pas normal. Il s'agit d'argent public.*

*Que l'on ait revalorisé l'indemnité d'engagement de service public pour pallier des défauts de rémunération par rapport à l'activité libérale est une bonne chose, mais certains praticiens hospitaliers en fin de carrière, à 62 ou 63 ans, au dernier échelon de la fameuse nouvelle grille, touchent, avec l'indemnité de service public, plus de 100 000 euros nets par an. On ne peut pas dire que ce sont des salaires déraisonnables. Il s'agit là d'une appréciation personnelle.*

*Vous avez parlé des réorganisations et cité Montbrison et Feurs. Je connais bien Feurs : il y a plus de vingt ans, mes collègues pédiatres des hôpitaux d'Épinal et Saint-Dié considéraient qu'ils avaient du mal à recruter correctement dans ces deux villes, distantes de trente kilomètres et reliées par une route à trois voies. On ne peut dire, si un service disparaît dans un hôpital, que cela va mettre en danger la population.*

*Le corps médical avait alors proposé un projet. Le maire d'Épinal, Philippe Séguin, pour lequel j'ai le plus grand respect, et celui de Saint-Dié, qui étaient tous deux du même parti politique, s'y sont opposés. Peut-être ne se sont-ils pas assez impliqués ou qu'ils n'ont considéré que la fermeture d'un service sans voir l'intérêt global de la population.*

*Cela revient à ce que je disais : si les acteurs de la santé et les élus locaux travaillent ensemble, on peut arriver à trouver des solutions intelligentes, y compris pour la qualité des soins de la population.*

**Mme Laurence Cohen.** – *Monsieur le professeur, votre mission insiste sur le développement des pôles et vous préconisez que les chefs de service s'impliquent davantage dans la définition de la stratégie médicale. Ils constitueraient en quelque sorte une force de proposition auprès des instances de gouvernance.*

*Il me semble que cela contredit un certain nombre d'auditions que nous avons menées. Je pense notamment à l'audition du collectif inter-hôpitaux (CIH), qui a remis en cause la gouvernance verticale et a demandé la suppression des pôles, expliquant qu'il fallait encourager les parcours de soins et considérant les pôles comme une entrave. J'aimerais que vous puissiez revenir sur ce sujet.*

*Par ailleurs, il me semble que si l'on peut développer une démocratie sanitaire réelle et faire participer tous les acteurs du parcours de soins – médicaux, paramédicaux et usagers –, il faut des pouvoirs et des contre-pouvoirs. Or depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), le directeur de l'hôpital est devenu tout-puissant. J'ai eu l'occasion de le voir lors d'un tour de France des hôpitaux : c'est ce qui monte dans les revendications. Certains directeurs d'hôpitaux eux-mêmes se plaignent de ce non-partage.*

*Je suis d'accord avec tout ce que mes collègues ont dit à propos de l'hôpital en matière de rémunérations, mais je pense que la gouvernance fait aussi partie de l'attractivité. Le partage de pouvoir fait sens au niveau d'une profession. Quel est votre point de vue à ce sujet ?*

*Enfin, il me semble important que, parmi les pouvoirs que l'on accorde aux différents acteurs, professionnels ou organisations syndicales, il existe une possibilité de droit de veto sur les réorganisations, les fermetures de services, etc. Lorsqu'on discute avec les personnels, on s'aperçoit que les choses sont subies et non partagées. Cela pourrait-il faire avancer les choses ?*

**Mme Corinne Imbert.** – *Monsieur le professeur, vous avez affirmé qu'il fallait faire en sorte que le parcours des patients soit simple, avec une qualité de soins identiques. C'est un idéal que nous partageons, mais en a-t-on les moyens ?*

*Je souhaiterais vous interroger sur la notion d'hôpital de proximité. Qu'est-ce pour vous qu'un hôpital de proximité ? Comment peut-il s'inscrire dans un projet médical dont on voit bien l'importance ?*

*Cela renvoie à la question de l'aménagement du territoire, de l'implication des élus locaux et de l'attractivité. Vous évoquiez les postes vacants en vous demandant s'il fallait maintenir des structures lorsqu'il en existait. On a du coup recours à l'intérim, avec des médecins mercenaires – et je partage votre appréciation sur ces excès de rémunération, qui me désolent autant que vous. Comment cet équilibre peut-il être possible ?*

*Par ailleurs, quel est votre avis sur le rapport de la Cour des comptes rédigé à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat ? Je suppose que vous l'avez étudié. La Cour des comptes a enquêté sur les GHT, dont vous avez souligné l'hétérogénéité, appréciation que je partage également.*

*La Cour des comptes affirme que les GHT ont produit un faible niveau d'intégration des établissements, qu'ils n'ont pas eu d'impact significatif sur l'offre et la consommation de soins, et qu'ils doivent permettre de mener à son terme l'organisation territoriale de l'hospitalisation publique. Quel est votre avis sur ce jugement ? Je rappelle que ce rapport a été présenté en octobre.*

*Vous insistez sur un certain nombre de recommandations, dont une vingtaine sont importantes. J'ai noté la rapidité de leur délai de mise en application. Dans le contexte actuel, qui est exceptionnel, pensez-vous que ce délai puisse être atteint si le ministre retient les recommandations que vous faites ?*

*Enfin, même si ce n'était pas dans votre lettre de mission, vous avez quand même évoqué la question financière. Quel est l'impact financier de ces recommandations ? Avez-vous pu avoir des éléments en la matière ?*

*Vous l'avez rappelé, l'hôpital coûte. Certaines recommandations ne coûtent pas cher et peuvent être facilement mises en place. C'est une bonne chose, mais je souhaiterais obtenir quelques précisions financières.*

**Mme Elisabeth Doineau.** – *Je trouve qu'il y a un décalage entre votre rapport et les articles qui nous ont été communiqués à travers cette proposition de loi. J'espère que notre rapporteur nous fera des propositions proches des recommandations que vous avez évoquées ce matin. Je le souhaite fortement, car j'ai étudié votre travail avec beaucoup d'attention.*

*Tout comme vous, je pense que la réussite sur les territoires réside d'abord dans l'idée d'une non-concurrence entre établissements ou entre strates de réponses sanitaires – mais il s'agit là d'une vigilance quotidienne.*

*On évoquait deux établissements qui voulaient survivre : cela existe partout sur les territoires. Les élus défendent leur établissement, car s'ils ne le font pas, tous leurs concitoyens leur en feront le reproche, sans parler des professionnels qui sont encore dans la structure. En Mayenne, nous n'avons pas de CHU, mais notre GHT fonctionne très bien.*

*Malgré la concurrence – certains sont entrés dans le GHT pour sauver leur établissement –, nous avons réussi à mettre en œuvre un certain nombre de services support et à partager le temps des professionnels. C'est une remise en cause de tous les jours, mais le projet territorial de santé est véritablement l'outil qui nous permet d'avoir cette dynamique. Il faut donc l'encourager.*

*Pour ce faire, dans les territoires où cette dynamique n'existe pas, quelle structure permet de s'inspirer des bonnes pratiques et de bénéficier d'une montée en qualité sur l'ensemble du territoire français ?*

*Ma deuxième question concerne certains professionnels de santé, comme les sages-femmes, ou auxiliaires de santé, comme les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, etc., qui ont déserté l'hôpital, les rémunérations étant aujourd'hui insuffisantes. Sans doute n'ont-ils pas été suffisamment impliqués dans un projet d'établissement.*

*La proposition de loi Rist énumère bien quelques délégations de tâches, mais insuffisamment pour donner à ces professionnels le sentiment qu'ils ont toute leur importance et sont efficaces dans un parcours de soins. Comment les faire revenir au sein de l'hôpital ?*

**Mme Émilienne Poumirol.** – *Je tiens à noter le décalage qui existe entre vos recommandations, qui sont particulièrement claires et bien étayées, et le projet de loi, décevant aux dires de plusieurs personnes que nous avons auditionnées.*

*Je suis d'accord avec vous sur beaucoup de points, mais je souhaiterais revenir sur l'organisation des urgences. Je suis un ancien généraliste et je considère que l'organisation des maisons de santé devrait permettre de fournir une réponse plus large que le 8 heures-18 heures.*

*L'article 7 évoque l'expérimentation des services d'accès aux soins (SAS) sur 22 territoires. Pensez-vous que ceux-ci apportent quelque chose de plus ? Dans mon département, le centre ressources autisme (CRA) accueillait jusqu'au 31 décembre la permanence des soins ambulatoires avec des généralistes à partir de 20 heures. Cela a été étendu, mais cette pseudo-nouvelle organisation n'apporte rien de nouveau.*

*Ce financement a permis au directeur du CHU de créer des postes d'opérateurs pour répondre à l'urgence. Toutefois, cette dichotomie entre santé et secours d'urgence, éventuellement avec un nouveau numéro, m'apparaît aller, en matière de simplification, aller à l'encontre de ce que l'on pouvait espérer.*

*Le Président de la République a parlé en début de mandat du 112, numéro unique européen. Beaucoup de nos concitoyens se le sont approprié, et il représente à peu près la moitié des appels par rapport au 15 et au 18. Au début de la crise sanitaire, on a demandé que tous les appels soient dirigés vers le 15, qui s'est retrouvé noyé. Je crains, si l'on crée un numéro spécifique santé, que l'on noie à nouveau les centres de régulation du SAMU et que l'on passe à côté des véritables urgences.*

*La levée de boucliers contre un numéro unique est unanime sur mon territoire. Dans beaucoup de départements, le centre d'alerte des pompiers, le SAMU, les médecins généralistes, voire le SAMU social travaillent en coopération, apportant un gain de temps et de qualité extraordinaire. Je crains donc que, de ce point de vue, les SAS ne constituent un retour en arrière.*

**Mme Annick Jacquemet.** – *Je suis vétérinaire, et la comparaison entre les gardes et la prise en charge des urgences dans notre métier et dans le domaine médical pose question.*

*Dans le Doubs, aucun médecin n'assure de garde après 20 heures, alors même que certains le souhaitent ! Je suis également étonnée que des patients arrivent aux urgences pour des morsures de chats, de petites plaies, etc. Pensez-vous que ce sont les médecins qui les envoient par manque de temps, de formation ou par peur des responsabilités en cas d'évolution qu'ils ne maîtriseraient pas – et on peut le comprendre ?*

*Par ailleurs, les infirmières puéricultrices de mon département souhaiteraient être mieux intégrées parmi le personnel hospitalier. Elles seraient capables d'apporter leur aide dans les domaines autres que ceux concernant les enfants. Elles demandent également un quota d'infirmières par rapport aux infirmiers généralistes des hôpitaux, qui doivent suivre une formation de trois mois pour acquérir certaines connaissances concernant les jeunes enfants, alors qu'elles sont formées pour cela.*

*Enfin, la question du salaire des infirmières est encore beaucoup plus sensible dans notre département, frontalier avec la Suisse, où une infirmière de bloc est payée 12 000 euros, ce qui pose des problèmes pour le recrutement dans les hôpitaux du secteur.*

**M. Olivier Claris.** – *Madame Cohen, j'ai été invité à une séance du Ségur de la santé, et j'ai été face au CIH, dont l'une des représentantes, que je connais bien puisqu'elle a été présidente de CME, était vent debout contre les pôles.*

*Je pense qu'il ne faut pas adopter d'attitude dogmatique. Le pôle n'est pas une fin en soi. Dans beaucoup de structures, il a montré son utilité et son bon fonctionnement. Si un hôpital décide collectivement de ne pas avoir de pôle, il faut qu'il ait la liberté de le faire. A contrario, s'il décide d'en avoir, il faut qu'il soit libre de le faire.*

*Il n'y a pour moi, encore une fois, aucun obstacle à l'implication d'un chef de service dans le fonctionnement de l'hôpital, sous la direction d'un chef de pôle. J'ai un chef de pôle avec qui je m'entends très bien. Il me laisse m'occuper de ce qui concerne mon service, et effectue un certain nombre de tâches que je n'ai plus à faire. Cela me va bien.*

*Tout est fonction de la définition de la fonction de manager : que doit faire un manager ? Que délègue-t-il ? Que peut-il entendre ? Ceux qui sont au quotidien dans les services, par définition, sont ceux qui connaissent bien les choses et peuvent avoir de bonnes idées. Il faut ensuite les mettre en musique, et c'est compliqué.*

*Je suis évidemment totalement contre la suppression globale des pôles dans tous les hôpitaux. Qu'on leur laisse le choix !*

*Pour ce qui est de votre question sur l'organisation de la démocratie sanitaire et du droit de véto, l'objectif est d'éviter un blocage de l'hôpital. Il faut que l'hôpital continue à fonctionner. C'est toujours le même problème lorsqu'il s'agit de faire passer des décisions : on doit s'expliquer, argumenter, et il existe des contre-pouvoirs. C'est pourquoi la vision d'un service par rapport à un pôle, d'un président de CME par rapport à un directeur, ou du président de la commission des soins infirmiers de rééducation et médicotecniques est importante. Un décideur doit s'être suffisamment concerté pour pouvoir prendre une décision.*

*On sait également que la peur du changement est toujours là. Il est confortable d'être enfermé dans ses habitudes. Le changement fait peur, mais s'il est argumenté et expliqué – j'en ai une certaine expérience –, cela peut très bien passer. Prudence de ne pas instituer un blocage de l'hôpital, qui serait compliqué.*

*À l'inverse, j'ai déjà porté un certain nombre de projets. Il m'est arrivé de demander au directeur général de les différer pendant quelques mois, le temps qu'il y ait un peu plus de concertation et qu'on réfléchisse à tous les tenants et les aboutissants pour le faire passer. C'est toujours préférable plutôt que de recourir à la force.*

*Madame Imbert, les moyens dont on dispose sont-ils idéaux ? Il n'y a pas que des moyens financiers. La volonté politique peut venir du Gouvernement ou des acteurs locaux de l'hôpital. Un président de CME ou un directeur qui n'a pas envie de déléguer ne déléguera pas. Ce que l'on voudrait avec ce rapport, c'est donner des règles pour que tout le monde s'y plie a minima.*

*La volonté de faire appliquer les choses doit venir du Gouvernement, qui est tout à fait légitime pour le faire puisque démocratiquement élu, et de chacun des acteurs demandeurs de responsabilités. Un président de CME n'a pas été élu « à l'insu de son plein gré » et doit se montrer dynamique et attentif.*

*Le problème des hôpitaux de proximité relève du parcours de soins et de la réponse aux besoins de la population. Chaque fois qu'on peut éviter une hospitalisation, il faut le faire. Pour quel type de problème une hospitalisation est-elle nécessaire ? Quelle est la structure la plus appropriée pour le faire avec qualité et efficience ? Les hôpitaux de proximité ont leur place dans ce schéma, mais ils ne peuvent constituer des électrons libres, pas plus que le CHU ou d'autres structures. On ne peut imaginer un hôpital de proximité en dehors du GHT, sous peine de connaître une redondance d'activités.*

*Quant au délai d'application, il faut être raisonnable. La France, comme tous les autres pays, connaît une pandémie majeure – nous en sommes à plus de 76 000 morts en France, ce qui est colossal –, et je comprends qu'il a fallu traiter des urgences autres que l'application des recommandations de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières.*

*Je n'ai aucun regret par rapport au délai imposé par les circonstances, mais il ne faut pas que ce soit une excuse. On a le même discours dans nos structures, où l'on parle virus et vaccinations du matin au soir, mais un hôpital doit évoluer malgré la pandémie. On doit avoir une stratégie, des projets de recherche, et il faut répondre à une attente de la communauté hospitalière en la matière. Il est donc temps de finaliser les ordonnances, même si le retard est compréhensible.*

*Par ailleurs, toutes les recommandations ne sont pas financées. On peut faire énormément avec des réorganisations, en particulier s'agissant du financement local, sans demander un supplément. Quand on demande à quelqu'un de s'impliquer, il est logique qu'une compensation financière intervienne, même s'il ne s'agit pas de sommes folles.*

*Pour ce qui est de l'avis de la Cour des comptes sur les GHT, votre collègue vient de nous citer un exemple de GHT qui fonctionne très bien en Mayenne. Il ne faut donc pas généraliser. Certains GHT fonctionnent très bien, d'autres non. Dans certains, rien n'a été fait, leur création n'a en rien modifié les organisations. Pour d'autres, cela fonctionne très bien. Ceci ne doit pas remettre en question le concept de GHT, auquel nous sommes nombreux à être attachés, à condition qu'on n'en fasse pas une structure technocratique immobile qui n'apporte rien et qui coûte du temps et de l'argent.*

*Quand on s'implique dans une responsabilité, c'est qu'on a envie d'apporter quelque chose. On le fait pour la collectivité. Je suis peut-être naïf, mais si chacun se mobilise pour apporter quelque chose, c'est possible – et certains exemples le prouvent.*

*Madame Doineau, encore une fois, la base de notre fonctionnement doit reposer sur la prise en compte des spécificités de santé et de soins d'un territoire, ainsi que sur l'organisation. On part bien d'un projet territorial de santé. Région, département, regroupement de communes, peu importe : chacun définira le territoire comme il le veut, en fonction d'une gestion empirique et pragmatique. Dès lors qu'on le construit et que l'on définit les besoins, on affine les organisations. On ne va pas créer un hôpital pour créer un hôpital. Qu'est-ce que cela va apporter par rapport à ce qui existe déjà ? Si les besoins sont là, ils sont là. Si ce n'est pas le cas, il n'est pas utile de le faire.*

*Il est sûr qu'il faut que le ministère de la santé, les ARS et les personnes qui s'occupent du fonctionnement local s'impliquent pour définir ensemble des projets territoriaux de santé. On ne peut plus en faire l'abstraction, car cela constitue la clé de l'organisation si l'on veut obtenir une rationalisation des moyens disponibles et une véritable pertinence dans la qualité de soins.*

*Chacun a son rôle à jouer en matière d'attractivité. Je dirige un service de réanimation néonatale où l'on a connu quelques difficultés de suractivité et de pénurie de personnel. Un certain nombre de personnes sont parties. On n'avait pas de véritable dynamisme. Il se trouve que, pour différentes raisons, on a aménagé un certain nombre de choses. On ressent à présent beaucoup moins ce sentiment d'inconfort quotidien perçu par les soignants et de manque de temps.*

*À partir du moment où le soignant retrouve son identité et pense qu'il fait son travail dans de bonnes conditions, il reste en poste et échafaude des projets. Ces projets font avancer le service, le service qui a un projet fait avancer le pôle, le pôle qui a un projet fait avancer l'hôpital, avec la participation de tous.*

*Je ne fais pas partie de ceux qui disent qu'il faut toujours plus de moyens, mais il en faut un minimum. Quand on dispose de moyens satisfaisants et d'une vraie qualité de vie au travail, on fidélise les gens, et ils sont très inventifs pour s'impliquer dans le fonctionnement et l'amélioration des structures.*

*Concernant les urgences et le SAS, nous avons ouvert ce dernier lundi à 11 heures 20. Mon expérience est de 48 heures à peine. Je ne peux vous en dire plus. L'idée me convainc plutôt, tout simplement parce que j'ai travaillé avec quelques collègues, très engagés dans les urgences et la régulation au SAMU. Il se trouve par ailleurs que mon directeur général a été impliqué dans la mise en place des SAS lorsqu'il était au cabinet de Mme Buzyn. Je suis donc plutôt ouvert à l'idée.*

*On jugera sur les actes et sur les effets. Si c'est pour faire des superstructures technocratiques, cela n'aura aucun intérêt, mais on peut ainsi parvenir à réunir les acteurs des urgences en échappant aux petites « guéguerres » entre SAMU et pompiers. Je comprends que le Président de la République ait estimé nécessaire de remettre un peu d'ordre là-dedans.*

*La proposition qui m'a été soumise hier dans mon CHU me paraît plutôt satisfaisante. On verra. Je jugerai sur pièces.*

*Madame Jacquemet, en tant que médecin qui effectue encore des gardes, je sais ce que c'est que de passer la nuit debout, etc. Ce n'est pas la partie la plus agréable du métier, mais quand on choisit la médecine, on sait qu'on va effectuer des gardes. Il en va de même pour les pharmaciens. Cela fait partie des aspects pénibles du service. Il en existe aussi d'agréables.*

*Il faut cependant qu'une garde serve à quelque chose et ne constitue pas un revenu supplémentaire pour des médecins ou pour qui que ce soit. S'il ne se passe rien dans une permanence de soins de minuit à 6 heures du matin et qu'on ne voit que deux patients entre 20 heures et 22 heures, elle peut être supprimée. Elle n'a aucun intérêt pour la population.*

*Il faut, là encore, redéfinir les besoins d'un territoire et déterminer ce qui justifie que l'on y mette des moyens. Il faut aussi prendre en compte la pénibilité du travail de nuit et que la garde soit rémunérée à sa juste valeur. C'est tout le problème de l'organisation des urgences.*

*Dans beaucoup de services d'urgence, ce sont des infirmières, puéricultrices en pédiatrie et non puéricultrices dans les services adultes, qui s'occupent de l'orientation. Elles réalisent un premier tri, et sont bien évidemment très utiles, mais elles doivent recevoir une formation.*

*Par principe, je suis opposé aux quotas. Je ne sais pas ce que signifie un quota d'infirmières puéricultrices. Je travaille en pédiatrie : j'ai des infirmières et des infirmières puéricultrices. Je pense que la qualité de la personne est plus importante que son titre ou son diplôme. On a bien sûr besoin d'infirmières puéricultrices, mais connaissant la formation qui se fait dans les écoles, cela me paraît beaucoup plus adapté pour des postes de pédiatrie standard, PMI, crèches, etc. En réanimation néonatale et en réanimation pédiatrique, il n'y a pas de plus-value, sauf sur certains points, mais une infirmière compétente peut aussi convenir.*

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – *Vous nous avez beaucoup éclairés. J'invite chacun à lire votre rapport de façon approfondie.*

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).*



## II. EXAMEN DU RAPPORT

*Réunie le mercredi 10 février 2021, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport de M. Alain Milon, rapporteur, sur la proposition de loi (n° 200, 2020-2021) adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.*

*Mme Catherine Deroche, présidente.* – Nous sommes heureux d'entendre M. Alain Milon nous présenter le rapport sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

*M. Alain Milon, rapporteur.* – L'intitulé de cette proposition de loi présentée par la députée Stéphanie Rist est riche de promesses. Faire confiance et simplifier : la crise sanitaire a conduit à placer ces objectifs fédérateurs au cœur des attentes exprimées dans le Ségur de la santé.

*Libérés d'un certain nombre de contraintes chronophages – les « irritants du quotidien » mis en avant par la mission présidée par le professeur Claris sur la gouvernance de l'hôpital –, les acteurs de santé aspirent à se recentrer sur leur cœur de métier, le soin.*

*Dans ce contexte, cette proposition de loi engage certaines évolutions intéressantes, mais son ambition globalement déçoit. Le choc de confiance et de simplification attendu n'est pas au rendez-vous : ce ressenti a été largement partagé par les différents acteurs auditionnés.*

*Il est d'ailleurs étonnant que le Gouvernement, en pleine crise sanitaire, s'en remette à cette initiative parlementaire au contenu disparate, sans ligne directrice forte et dépourvue de vision stratégique pour porter haut les objectifs affichés dans le Ségur. Notre système de santé mérite mieux, me semble-t-il. Il mérite surtout une réflexion sur son financement. Or elle est une nouvelle fois éludée.*

*Le périmètre de ce texte et les règles de recevabilité des amendements nous limitent dans la faculté de le nourrir d'autres évolutions. Je vous propose néanmoins de faire preuve d'un esprit constructif.*

*Le premier volet du texte, peu conséquent, porte sur les missions des professions de santé et l'organisation des soins. Sa disposition « phare » a été abandonnée au cours de son examen par l'Assemblée nationale : la création d'une « profession médicale intermédiaire » à l'article 1<sup>er</sup> aux contours indéfinis, engagée sans concertation préalable avec les professionnels intéressés, a suscité une levée de boucliers.*

*Cette proposition, portée en 2010 dans le rapport Hénart, Berland et Cadet, et faisant écho pour d'autres aux anciens « officiers de santé », semble faire fi des évolutions intervenues depuis, notamment avec le déploiement des infirmiers de pratique avancée. Nos collègues députés ont eu la sagesse de ne pas introduire une nouvelle strate, source de confusion, dans notre système de santé. Ils ont néanmoins cherché à combler le vide avec une demande de rapport certes intéressante, mais dont la loi peut sans doute se passer.*

*Les articles 2 et suivants engagent des évolutions pour l'essentiel de faible portée concernant les compétences des sages-femmes et des masseurs-kinésithérapeutes, qui ne constituent pas une réponse satisfaisante à la demande légitime de ces professionnels de voir mieux reconnaître leurs missions.*

*Si certaines évolutions vont dans le bon sens, je vous proposerai d'en supprimer d'autres discutables dans leur portée ou de nature à fragiliser le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant.*

*L'Assemblée nationale a donné, à l'article 7 bis, une base législative au service d'accès aux soins, annoncé dans le Pacte de refondation des urgences. Si la rédaction retenue – ne faisant plus référence à un numéro unique – laisse la souplesse nécessaire pour s'adapter aux organisations territoriales existantes, les professionnels libéraux demeurent vigilants quant à ses modalités de mise en œuvre. Je vous proposerai des clarifications pour mettre en avant la coopération indispensable entre les acteurs libéraux et hospitaliers dans l'organisation de cette régulation.*

*Un second volet, relatif au recrutement des praticiens hospitaliers et à la gouvernance des établissements publics de santé, a particulièrement déçu les espoirs que le Ségur de la santé avait permis d'exprimer.*

*Je voudrais, avant de vous livrer le fruit de mon examen de ces articles, vous alerter sur la méthode adoptée par le texte, que je pressens source de confusions.*

*D'une part, la proposition de loi traite de plusieurs sujets pour lesquels le Parlement, au cours de l'examen de la loi Buzyn, a très largement délégué au Gouvernement le pouvoir de légiférer : c'est notamment le cas du recrutement des praticiens hospitaliers contractuels et de l'organisation de la gouvernance médicale des groupements hospitaliers de territoire. Les ordonnances préparées par le ministère de la santé doivent d'ailleurs nous être présentées très prochainement, avant la fin du mois de mars. Or il ne me paraît pas de bonne politique que le Parlement, servant les volontés d'affichage du groupe majoritaire de l'Assemblée nationale, se prononce sur des sujets concurrents de ceux pour lesquels il s'est dessaisi – malgré nos protestations – de sa compétence.*

*D'autre part, elle fait essentiellement acte de réforme en hissant au niveau législatif des dispositions existantes, qui n'étaient jusqu'à présent régies que par voie réglementaire. A priori flatteur pour leurs destinataires, ce reclassement législatif de certaines mesures les expose néanmoins aux dissonances normatives, dont le code de la santé publique est coutumier, et à une forme d'insécurité juridique que je me suis efforcé de corriger par les amendements que je vous présenterai.*

*Partons à présent des constats posés par le rapport du professeur Olivier Claris, auditionné par notre commission sur la gouvernance hospitalière, et celui de Mme Nicole Notat, rendu à l'issue de la concertation du Ségur. Leur diagnostic est limpide : notre hôpital public, pour lequel la population et nos soignants gardent un attachement fort, ne pourra plus très longtemps subir cet abandon résigné que de grandes lois essentiellement symboliques – loi Touraine, loi Buzyn, aujourd'hui proposition de loi Rist – n'ont pu jusqu'à présent enrayer.*

*L'attractivité des professions hospitalières publiques suscite une grande inquiétude. Notre commission n'a cessé de rappeler qu'aucune mesure législative ne pourra durablement se substituer aux revalorisations salariales qui s'imposent. Le renforcement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif, décidée à l'issue du Ségur de la santé, ne répond que très partiellement à la demande des praticiens hospitaliers, en occultant l'une de leurs revendications les plus fortes : celle de diversifier leur pratique, malgré un statut qui ne favorise pas la possibilité d'exercer par ailleurs une activité libérale.*

*Les quelques éléments contenus dans le texte sont globalement décevants, voire contre-productifs. En effet, l'article 4 attribue au directeur de l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) un pouvoir décisionnel manifestement incompatible avec la défiance ambiante qu'inspirent ces structures de groupement. Quant à l'article 4 quater, en permettant aux directeurs d'établissement de contrôler l'activité libérale des praticiens hospitaliers par la consultation d'un fichier jusqu'ici réservé à Pôle emploi, il sonne comme une véritable provocation pour le désir qu'ont exprimé ces derniers de diversifier leur pratique.*

*C'est au sujet de la gouvernance hospitalière que le texte présente les avancées les plus notables, dont on déplore néanmoins qu'elles ne traduisent souvent qu'imparfaitement les mesures préconisées par le rapport Claris ou le rapport Notat.*

*Ainsi, l'article 5 refonde la gouvernance médicale de l'établissement public de santé en valorisant le rôle du chef de service, mais sans clarifier le périmètre de leurs compétences par rapport à celles du chef de pôle et sans accompagner la dynamique de délégation de gestion, que la plupart des témoignages estiment nécessaire à une gouvernance de l'hôpital moins verticale.*

*Les articles 5 bis, 6 et 6 bis associent plus étroitement les personnels médicaux à la gestion de l'établissement en les faisant activement participer à l'élaboration du projet d'établissement et en modernisant les structures représentatives qui portent leur voix auprès de la direction, mais, de façon inexplicite, laissent sur le bord du chemin toute la composante paramédicale du personnel des hôpitaux publics. J'aurai l'occasion de vous présenter plusieurs amendements visant à rectifier cet oubli, notamment pour permettre à la commission des soins infirmiers de chaque établissement d'élire son président.*

*D'autres dispositions retouchent, de manière plus anecdotique, les instances dirigeantes de l'hôpital public, sans que l'on soit pleinement convaincu des progrès qu'elles apportent. Ces améliorations resteront malheureusement d'un impact trop marginal pour que l'on puisse espérer qu'elles rendent la « confiance » dans le système de santé...*

*Enfin, l'article 10 s'attaque au problème bien connu de l'intérim médical, mais là encore y apporte une solution inadaptée, presque dangereuse, en proposant de faire du comptable public de l'établissement, qui intervient après la réalisation de la prestation, le seul censeur du recours irrégulier aux mercenaires.*

*Mes chers collègues, arrivé au terme de ce programme, on ne peut que se sentir profondément frustré. À l'image de ces romans à la couverture alléchante, mais au contenu décevant, le texte qui nous est soumis laisse l'impression perturbante d'avoir à peine effleuré la tâche colossale à laquelle le dévouement et le sacrifice de nos soignants durant la pandémie nous obligent pourtant tous. Comme l'ont indiqué de nombreux acteurs du système de santé auditionnés, entre ce texte chétif, qui cache mal le désarroi que continue d'inspirer aux pouvoirs publics la crise profonde que traversent nos hôpitaux, et l'abstention, la seconde option aurait peut-être été préférable...*

*Quelques dispositions achèvent de donner à ce texte l'allure d'un canevas peu homogène. Il s'agit d'une série d'articles relatifs aux unions et mutuelles, dont la plupart ont été insérés par amendement en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale. J'aurai l'occasion de revenir, pour l'un de ces articles, sur les inconvénients que présente à mes yeux cette forme de législation particulièrement hâtive...*

*Un mot enfin sur l'article 14, qui crée une plateforme numérique de services destinés aux personnes handicapées afin de faciliter leurs démarches d'insertion professionnelle et sociale et d'accès aux droits, plateforme gérée par la Caisse des dépôts et consignations. En fait, « Mon parcours handicap » a été créé au printemps dernier, mais sa transformation de site d'information en plateforme d'accompagnement personnalisé exige que le législateur autorise la manipulation des données personnelles des usagers. J'y suis favorable, sous réserve de préciser que la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sera consultée avant l'actualisation des textes réglementaires.*

**Mme Élisabeth Doineau.** – *Je remercie M. le rapporteur pour sa présentation qui montre combien nous sommes dubitatifs sur cette proposition de loi. Nous n'aurons qu'une demi-journée pour débattre de 35 articles. Pour avoir suivi les auditions, la seule qui s'est révélée positive concernait la plateforme d'information aux personnes handicapées. Les autres n'ont suscité que frustrations, car le texte est plein de défaillances.*

*En commandant le rapport Claris, Agnès Buzyn avait pour intention de réformer l'hôpital public. Entretemps, on a assisté à la démobilisation des professionnels de santé à l'hôpital, et il y a eu le Ségur de la santé. Quant à ce texte, il est en complet décalage avec les rapports Claris et Notat.*

*Nous nous retrouvons « arrosés » d'amendements pour répondre aux attentes des professionnels de santé de toutes les spécialités, exerçant dans le public et dans le privé. Sans étude d'impact, ce texte a été fait « en dépit du bon sens ». Démotivation, déception et décalage, tels sont les 3D qui caractérisent cette proposition de loi.*

*Certes, le décalage est dû à la pandémie, mais il justifierait que l'on remette tout sur la table pour tout reconstruire.*

**Mme Colette Mélot.** – *Je félicite le rapporteur pour ses propos éclairants.*

*Je ne serai pas aussi critique que ma collègue, car cette proposition de loi répond aux aspirations formulées par les praticiens lors du Ségur de la santé. Elle comporte des avancées pragmatiques pour faciliter le quotidien des médecins, des sages-femmes et des infirmiers, et pour adapter l'offre de soins à la demande au sein des territoires.*

*L'article 1<sup>er</sup> vise à créer une profession médicale intermédiaire, afin de décloisonner l'organisation des soins, disposition qui a été jugée prématurée par l'ordre des médecins. Les infirmiers et les assistants médicaux en pratique avancée forment en effet déjà cet échelon intermédiaire. Donnons une chance au nouveau dispositif de se déployer avant de créer une nouvelle profession médicale. Je voterai l'amendement de suppression de l'article.*

*Il est important de favoriser la complémentarité entre les acteurs de la santé pour améliorer la prise en charge des patients. Aussi, je suis favorable à l'évolution des compétences des sages-femmes, notamment pour prescrire ou renouveler les arrêts de travail ou bien pour dépister les maladies sexuellement transmissibles.*

*Je soutiendrai l'amendement de M. Chasseing qui vise à rétablir l'article 7 dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale. Il vise à renforcer les GHT à travers la mise en place de directions communes après avis des élus locaux et des établissements concernés.*

*Je voterai également l'amendement qui tend à faire évoluer le périmètre des GHT pour favoriser l'échelle départementale et limiter le nombre de départements sans hôpital support.*

*Notre groupe, dans son ensemble, est favorable à cette proposition de loi.*

**Mme Victoire Jasmin.** – *Depuis le début de la pandémie, nous avons pu mesurer l'importance du rôle joué par les techniciens de laboratoire, qui œuvrent en première ligne. J'avais demandé que l'on prenne en compte cette profession dans le cadre du Ségur de la santé. Cette attention particulière manque toujours, et les techniciens de laboratoire restent les invisibles.*

**M. Bernard Jomier.** – *Je remercie le rapporteur pour son travail, dont nous partageons les grandes lignes.*

*Cette proposition de loi est-elle opportune ? Certaines dispositions législatives restent inabouties. Faut-il de nouveau légiférer dans un tel manque de visibilité ?*

*On nous demande de discuter en quelques heures d'un texte comptant 37 articles qui n'a donné lieu à aucune étude d'impact. Or les dispositions qui y figurent sont importantes, car elles pourraient modifier la gouvernance des hôpitaux ou les relations entre différentes professions de santé. Si certaines d'entre elles sont intéressantes, j'ajouterais néanmoins le D du « désordre » aux trois autres que ma collègue Élisabeth Doineau a mentionnés, car ce désordre inhérent au texte rend inopérante toute volonté constructive.*

*Le Gouvernement souhaite-t-il compléter le Ségur de la santé ? Le texte est incomplet. S'agit-il d'annoncer le Ségur de la santé publique, sans cesse reporté jusqu'à présent ? Le texte manque de cohérence. Le Gouvernement considère-t-il que la période de pandémie ne lui laisse pas le temps de réformer le système de santé ? Mieux vaudrait alors reporter le texte. S'il estime néanmoins qu'une telle réforme est possible dès à présent, pourquoi le texte reste-t-il aussi inabouti ?*

*Nous travaillons à identifier précisément le champ d'application des ordonnances en cours, afin de pouvoir formuler des propositions constructives. À ce jour, nous ne disposons pas d'une vision exhaustive des dispositifs existants, ce qui nous empêche de légiférer de manière satisfaisante.*

*Le groupe Socialiste, Écologiste et Républicain n'est pas friand des motions de procédure. Cependant, sur ce texte, nous demanderons un renvoi en commission, car nous avons besoin de temps et de visibilité sur les intentions du Gouvernement pour mener un travail constructif. L'examen du texte doit se poursuivre ultérieurement en commission.*

**M. Philippe Mouiller.** – *Je félicite le rapporteur pour la vision du texte qu'il nous a proposée. Lors de la toute première audition, j'ai été frappé de constater que les professionnels de santé dénonçaient tous le manque de préparation et l'aspect inabouti de cette proposition de loi. Leur incompréhension s'est manifestée de manière forte. Je soutiendrai donc le premier amendement de suppression du rapporteur.*

*Des associations de bénévoles qui œuvrent dans les hôpitaux m'ont interpellé sur le fait que des amendements ont été présentés à l'Assemblée nationale qui visent à défendre le statut des bénévoles indépendants. Évitions de complexifier la situation et veillons à ne pas remettre en cause la qualité des prestations fournies par les associations.*

*Quant à l'article 14, il introduit une disposition attendue depuis longtemps par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH). Les associations du secteur du handicap doivent participer à l'élaboration du dispositif qui avance « brique par brique ». Des systèmes d'information sont en cours de développement, que ce soit dans le cadre de la réforme des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou bien au niveau du service pour l'emploi des personnes handicapées. Il faudrait créer des liens entre tous ces dispositifs. L'expérience menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) montre que cela ne se fait pas sans difficulté.*

*Enfin, j'ai déposé un amendement qui vise à reconnaître le statut des infirmiers anesthésistes, diplômés d'État – le sujet me tient à cœur.*

**Mme Michelle Meunier.** – Je m’associe pleinement aux propos de ma collègue *Élisabeth Doineau*. Cette proposition de loi suscite de la frustration. Elle s’apparente à un « catalogue de La Redoute » qui renvoie à d’éventuelles ordonnances. Je déplore le manque de visibilité qui caractérise le texte. J’espère que nous pourrions en travailler tous les aspects en détail, dans un délai plus long.

Nous pouvons nous féliciter de l’article 14, mais pourquoi ne pas avoir introduit dans le périmètre de la loi la situation des élèves porteurs de handicap dans le milieu scolaire ? Cela manque d’autant plus de cohérence que la loi sur l’autonomie a été reportée. Je voterai la motion de renvoi en commission.

**Mme Laurence Cohen.** – Je remercie le rapporteur d’avoir tenté d’apporter des éléments positifs sur cette proposition de loi. Je partage le point de vue de mes collègues. Avec *Cathy Apourceau-Poly*, nous restons dépitées face à un texte qui ne correspond pas à la réalité de notre système de santé sur le terrain.

Même si nous ne sommes pas toujours d’accord au sein de cette commission sur les suites à donner aux revendications des personnels de santé, les auditions ont montré que les mesures qui figurent dans ce texte ne satisfont personne, et ce quelles que soient les catégories de métiers.

Nous sommes presque en état de sidération. La pandémie fait remonter les dysfonctionnements du Gouvernement et le « ras-le-bol » des professionnels de santé qui se sentent méprisés. Dans ce contexte, on nous demande d’examiner une proposition de loi, présentée par une députée de la majorité, qui fait office de « voiture-balai », sans cohérence, sans étude d’impact et sans avis du Conseil d’État. Le Gouvernement en prend à son aise !

Le texte est tellement en décalage avec la situation et affiche tellement de mépris pour les personnels de santé que nous ne pouvons pas l’examiner, d’autant que le temps qui nous est accordé est ridiculement court. « Copie à revoir », telle serait l’appréciation qu’il faudrait lui donner. Le groupe CRCE envisage l’option de déposer une motion tendant à opposer la question préalable en séance publique.

La pandémie montre que les personnels soignants souffrent de la gestion technocrate de l’hôpital. Et voilà que le texte en rajoute sur ce pouvoir de néogestionnaires. Il va à l’encontre des revendications des personnels, alors que tous les acteurs du système de santé appellent au secours. Les praticiens hospitaliers nous alertent sur le fait que le personnel quitte l’hôpital, sur la pointe des pieds, aggravant la pénurie de médecins hospitaliers.

Nous sommes farouchement opposés à ce texte. Aucun enseignement n’a été tiré de cette période de pandémie. Or les virus risquent de continuer de proliférer. Les mesures ne sont pas à la hauteur.

**M. Jean Sol.** – Je remercie le rapporteur et je mesure toute sa frustration à travailler sur ce texte qui est déconnecté de la réalité. Je me demande si les professionnels de santé ont eu leur mot à dire, car il n’y a « rien de nouveau sous le soleil » dans ce qui est proposé. Je m’interroge sur l’utilité des rapports qui ont été produits, toute cette énergie déployée et tout ce temps perdu. Je crains que le texte ne fasse qu’accroître l’insatisfaction des professionnels et ne génère une nouvelle vague de démobilisation.

*Quid de la commission des soins infirmiers et de la place de la direction des soins dans la gouvernance de l'hôpital ? Je crains que les amendements présentés ne restent insuffisants, à ce sujet.*

*Je vous prie d'excuser ma grogne, mais comme ancien professionnel de santé qui a travaillé un certain temps dans un hôpital public, je ne m'y retrouve pas. Mieux vaudrait travailler ce texte en amont, de manière plus approfondie.*

**Mme Raymonde Poncet Monge.** – *Si le Gouvernement avait assisté à nos auditions, il aurait certainement produit un texte plus cohérent.*

*J'ajouterai 2 D à ceux que mes collègues ont mentionnés : ceux de la « défiance » et du « déni ». La gouvernance de notre système de santé s'est révélée déficiente lors de la pandémie. Bien qu'asphyxié, l'hôpital a su faire face à la crise de manière résiliente, et cela parce qu'on a mis en suspens les aspects de la gouvernance qui ne fonctionnaient pas. Il faudrait en tirer des enseignements. Quelle place réserver au pouvoir gestionnaire, quel poids donner au pouvoir médical ?*

*Renforcer l'attractivité des métiers exercés à l'hôpital public suppose de mener une réflexion forte sur le système des contraintes et sur les revalorisations. D'autres aspects entrent en jeu, car ceux qui choisissent l'intérim le font pour être davantage maîtres de leur temps. Il faudrait tirer les conséquences de leur insatisfaction par rapport à la gouvernance de l'hôpital.*

*Mis à part l'article 2 qui reconnaît aux sages-femmes certaines missions, tout le reste du texte est à revoir. Il faut reprendre le travail de manière sérieuse. La déception risque de creuser la baisse d'attractivité de l'hôpital.*

*Sachons tirer les leçons de la pandémie en termes de gouvernance : comment l'hôpital a-t-il réussi à fonctionner et à faire face au choc de la crise ?*

**Mme Annie Le Houerou.** – *« Confiance » et « simplification » : le texte ne reprend aucun de ces deux mots qui figurent pourtant dans son intitulé. L'article 3 introduit une mesure de simplification dans le recrutement des praticiens hospitaliers. Il est en décalage avec la réalité où joue la concurrence entre les niveaux de rémunération dans le public et dans le privé. Il ne prend pas non plus en compte la concurrence liée à l'intérim. Il faudrait fixer des plafonds pour limiter cette pratique néfaste pour les hôpitaux.*

*Quant à la confiance, la disposition qui prévoit de transférer la compétence de recrutement aux GHT ne répond pas aux attentes. En effet, dans la mesure où le GHT est une instance de concertation médicale, cela revient à faire fi de la gouvernance partagée au sein des établissements, et des instances représentant le conseil de surveillance où siègent notamment les usagers.*

*L'intervention des bénévoles individuels au sein de l'hôpital est une aberration. De nombreuses associations interviennent de manière efficace et engagée à l'hôpital.*

*Je soutiendrai la motion de renvoi en commission de ce texte qui n'est pas du tout abouti, même s'il pose des questions essentielles.*

**Mme Véronique Guillotin.** – Ce texte est une juxtaposition de mesures disparates et n'est globalement pas à la hauteur des attentes des professionnels de santé. Ces derniers sont en colère. Les revalorisations seront variables selon les établissements : le risque est réel d'une fuite vers les établissements privés qui rémunèrent mieux. Je serai moins critique sur les mesures de l'article 4 concernant la gouvernance des GHT, qui pourraient peut-être permettre de remédier à la pénurie de professionnels en ressources humaines dans les hôpitaux de proximité. L'article 4 ter, en revanche, constitue une provocation... L'article 2 me semble détricoter le système de soins actuel articulé autour du médecin traitant. Enfin, je ne peux que déplorer le manque de temps – une demi-journée – que nous allons consacrer en séance à l'examen de ce texte, pourtant si important pour l'avenir du système de santé. Nous devons malgré tout l'examiner, car certaines mesures vont dans le bon sens, mais il reste inabouti.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Quand vous m'avez nommé rapporteur de ce texte, j'ai consulté notre présidente sur la nécessité d'examiner ce texte embryonnaire : il me semblait, à l'heure où l'on débat de bioéthique, que la recherche sur cet embryon ne pourrait donner de résultats satisfaisants ! Finalement, nous avons décidé qu'il convenait de poursuivre son examen : le rejeter sans procès n'aurait pas constitué un bon signal à l'attention des professionnels de santé et l'Assemblée nationale aurait eu le champ libre.

Je n'en demeure pas moins frustré ; ce texte n'aborde pas les questions importantes pour la santé : le financement, l'organisation de la médecine libérale, de l'hôpital, la coordination entre hôpital et médecine de ville, etc. Mais voilà trente ans que l'on fait le même constat ! Les textes successifs se sont contentés d'apporter des réponses partielles à des difficultés spécifiques, sans proposer de refonte totale du système de santé. Adopter une motion tendant à opposer la question préalable reviendrait à rejeter totalement le texte. L'Assemblée nationale aura le dernier mot, de toute façon. Reste l'hypothèse d'un renvoi en commission, mais, même dans ce cas, nous resterons limités par son périmètre et ne pourrions pas aborder les questions fondamentales. L'Assemblée nationale semble tenir beaucoup à son texte et il est probable qu'elle le rétablira tel quel après la commission mixte paritaire. C'est le problème auquel est confronté le Sénat, encore plus ces derniers temps... Je suis donc frustré. Mieux vaudrait une réforme globale, comme en 1945, mais c'est une question de courage politique...

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Il est vrai que nous sommes déçus par ce texte qui était supposé traduire en actes le Ségur de la santé. Pourtant le ministre semble très satisfait ! Nous n'avons pas décidé de rejeter le texte, car il comporte quelques mesures intéressantes. Nous examinerons une motion de renvoi en commission si elle est déposée. En attendant, je vous propose de procéder à l'examen des amendements.

### **EXAMEN DES ARTICLES**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – En application de l'article 45 de la Constitution et du Règlement du Sénat, il revient à notre commission de se prononcer sur l'irrecevabilité des amendements dépourvus de tout lien, même indirect, avec le texte examiné. Je propose par conséquent que notre commission adopte le périmètre suivant pour la recevabilité des amendements déposés sur la présente proposition de loi.

Seront considérés comme recevables au titre de l'article 45 de la Constitution tout amendement relatif à l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux ; aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ; au champ de compétences des professions de santé ; au statut des praticiens hospitaliers et à leurs modalités de recrutement ; à la gouvernance et à l'organisation des soins au sein des établissements de santé ; à la coopération entre les acteurs du système de santé ; à la gouvernance des organismes complémentaires d'assurance maladie régis par le code de la mutualité ; à la simplification des démarches administratives et d'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées.

En revanche, ne présenteront pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs au financement du système de santé ; aux agences régionales de santé ; à la prévention et à la santé publique ; aux médicaments, dispositifs médicaux et produits de santé ; à la formation, à la déontologie, aux conditions d'exercice et d'installation des professions de santé ainsi qu'au rôle et au fonctionnement des instances ordinales ; aux honoraires des professionnels de santé et au tiers payant ; aux conditions de la négociation conventionnelle avec l'assurance maladie ; à la médecine scolaire ; aux dispositions générales relatives à la prise en charge du handicap et à l'emploi des personnes handicapées ; aux dispositions générales relatives aux organismes complémentaires d'assurance maladie autres que ceux qui sont visés par le code de la mutualité.

Je vous propose en conséquence de déclarer irrecevables en application de l'article 45 de la Constitution les amendements **COM-44, COM-45, COM-39 rectifié, COM-40 rectifié, COM-34 rectifié, COM-41 rectifié, COM-7 rectifié, COM-8 rectifié, COM-9 rectifié, COM-10 rectifié, COM-36 rectifié, COM-21 rectifié, COM-68 et COM-69.**

Les amendements COM-44, COM-45, COM-39 rectifié, COM-40 rectifié, COM-34 rectifié, COM-41 rectifié, COM-7 rectifié, COM-8 rectifié, COM-9 rectifié, COM-10 rectifié, COM-36 rectifié, COM-21 rectifié, COM-68 et COM-69 sont déclarés irrecevables en application de l'article 45 de la Constitution.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Par ailleurs, les amendements **COM-11 et COM-12** ont été déclarés irrecevables en application de l'article 40 de la Constitution. On constate à quel point le périmètre est réduit et limite nos possibilités d'amendements...

**M. Bernard Jomier.** – D’où l’intérêt d’adopter une motion de renvoi en commission. Si celle-ci est adoptée, notre commission devra se réunir à nouveau et le Gouvernement n’aura d’autre choix que de redéposer le texte ultérieurement, car nous n’aurons pas eu le temps de finir l’examen du texte dans l’après-midi. Cela nous laisserait le temps de discuter davantage avec le Gouvernement pour trouver des améliorations, à moins qu’il ne souhaite faire cavalier seul...

**Mme Laurence Cohen.** – Je comprends cette proposition : nous ne nous y opposerons pas, mais elle est pleine d’optimisme. Ne nous berçons pas d’illusions, le Gouvernement ne changera pas d’avis ! Même si le texte comporte quelques mesures positives, elles ne compensent pas le reste ! Mieux vaudrait donc taper du poing sur la table en rejetant le texte, par solidarité avec le ras-le-bol ressenti par le monde de la santé.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Le vote d’une motion de renvoi en commission serait intéressant. Mais nous ne gagnerons pas beaucoup de temps. L’article 44 de notre Règlement est clair : l’adoption d’une motion tendant au renvoi à la commission de tout ou partie du texte en discussion a pour effet de suspendre le débat jusqu’à la présentation d’un nouveau rapport par cette commission. Mais « lorsqu’il s’agit d’un texte inscrit par priorité à l’ordre du jour sur décision du Gouvernement, la commission doit présenter celui-ci au cours de la même séance, sauf accord du Gouvernement. » Nous devrions donc déposer un nouveau rapport au cours de la même séance, et si l’examen du texte n’est pas fini, on continuera le lendemain...

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

Les amendements identiques de suppression **COM-74** et **COM-42** sont adoptés.

L’article 1<sup>er</sup> est supprimé.

#### **Articles additionnels après l’article 1<sup>er</sup>**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L’amendement **COM-20** rectifié n’apporte pas de plus-value en matière de coordination des soins. Avis défavorable.

L’amendement COM-20 rectifié n’est pas adopté.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L’amendement **COM-38** rectifié ter vise à intégrer les infirmiers anesthésistes dans le dispositif des pratiques avancées. Avis défavorable.

L’amendement COM-38 rectifié ter n’est pas adopté.

#### **Article 1<sup>er</sup> bis A (nouveau)**

**M. Bernard Jomier.** – Cet article traite de la santé à l’école. L’objet de l’amendement **COM-43** est d’intégrer explicitement, parmi les intervenants, les professionnels accompagnant les élèves en situation de handicap.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable. Ils sont déjà inclus dans la notion de « communauté éducative ». Les infirmiers scolaires sont opposés à cet article, qui n’a fait l’objet d’aucune consultation préalable. Je vous propose plutôt de le supprimer pour forcer le ministère à réfléchir à la santé à l’école.

L'amendement de suppression **COM-75** est adopté ; l'amendement COM-43 devient sans objet.

L'article 1<sup>er</sup> bis A est supprimé.

#### **Article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Plutôt que d'adopter l'amendement de suppression **COM-25**, je vous propose de réécrire l'article, dans un souci de clarté, avec l'amendement **COM-76**.

L'amendement COM-25 n'est pas adopté. L'amendement COM-76 est adopté ; l'amendement **COM-16** rectifié devient sans objet, ainsi que les amendements identiques **COM-13** rectifié ter, **COM-47** et **COM-64**.

L'article 1<sup>er</sup> bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

#### **Article additionnel après l'article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)**

L'amendement **COM-46** est adopté et devient article additionnel

#### **Article 1<sup>er</sup> ter (nouveau)**

L'amendement de suppression **COM-48** n'est pas adopté.

L'article 1<sup>er</sup> ter est adopté sans modification.

#### **Article 2**

L'amendement de suppression **COM-29** n'est pas adopté.

L'article 2 est adopté sans modification.

#### **Article 2 bis (nouveau)**

L'amendement de suppression **COM-26** n'est pas adopté. L'amendement de clarification rédactionnelle **COM-77** est adopté.

L'article 2 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

#### **Article 2 ter (nouveau) (supprimé)**

L'article 2 ter demeure supprimé.

#### **Article 2 quater (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Demande de retrait de l'amendement de suppression **COM-27** au profit de l'amendement **COM-78**, qui vise à recentrer l'article afin d'autoriser les sages-femmes à prescrire uniquement le dépistage, et non plus également les traitements, des infections sexuellement transmissibles à leurs patientes ainsi qu'à leurs partenaires, en prévoyant l'information du médecin traitant. Demande de retrait, sinon avis défavorable pour l'amendement **COM-49**, qui serait en partie satisfait par mon amendement.

**M. Bernard Jomier.** – Nos positions ne sont pas très éloignées. Les sages-femmes ont un rôle en matière de santé sexuelle et reproductive que la loi vise à mieux reconnaître. Les rédactions de nos amendements sont proches. Mais la disposition selon laquelle la sage-femme doit informer le médecin traitant me semble plutôt relever du domaine réglementaire, et c'est pour cela que l'amendement COM-49 prévoit le recours à un arrêté du ministre de la santé.

L'amendement COM-27 n'est pas adopté. L'amendement COM-78 est adopté. L'amendement COM-49 n'est pas adopté.

L'article 2 quater est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

#### **Article 2 quinquies A (nouveau)**

L'amendement rédactionnel **COM-79** est adopté.

L'article 2 quinquies A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

#### **Article 2 quinquies B (nouveau)**

Les amendements identiques de suppression **COM-80** et **COM-28** sont adoptés.

L'article 2 quinquies B est supprimé.

#### **Article 2 quinquies (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Si les masseurs-kinésithérapeutes se sont vu confier la faculté d'adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, le décret devant en préciser les modalités n'a jamais été pris. L'amendement **COM-81** vise donc à supprimer la référence à ce décret, afin de rendre enfin effective cette mesure destinée à faciliter l'accès aux soins.

L'amendement COM-81 est adopté ; l'amendement **COM-50** devient sans objet.

L'article 2 quinquies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

#### **Article 3**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-82** réserve la simplification de la procédure de recrutement aux seuls praticiens statutaires et rappelle que ce recrutement simplifié devra respecter les principes fondamentaux du statut, dont le maintien d'un concours national des praticiens hospitaliers. Il simplifie par ailleurs la rédaction du dispositif.

L'amendement COM-82 est adopté.

L'article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

### **Articles additionnels après l'article 3**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Si l'amendement **COM-1** rectifié part d'une intention louable, il ne me paraît pas tout à fait opportun dans la mesure où la période probatoire d'un praticien hospitalier doit s'écouler entièrement au sein d'un établissement public de santé, afin que ce dernier puisse se prononcer en pleine connaissance de cause au moment de sa titularisation. Retrait sinon avis défavorable. Même avis pour l'amendement **COM-2** rectifié.

**M. Bernard Bonne.** – Je retire l'amendement COM-1. Il est dommage toutefois que tous les praticiens hospitaliers ne puissent exercer aussi dans le privé, et enrichir ainsi leurs compétences.

L'amendement COM-1 rectifié est retiré.

L'amendement COM-2 rectifié n'est pas adopté.

### **Article 4**

L'amendement de suppression **COM-51** n'est pas adopté.

L'amendement **COM-83** est adopté ; l'amendement **COM-52** n'est pas adopté.

L'article 4 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

### **Article additionnel après l'article 4**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-37** rectifié vise à ce que les établissements de santé membres de GHT puissent créer de nouveaux GHT. La complexité est déjà grande. Évitions l'imbroglia. Avis défavorable.

L'amendement COM-37 rectifié n'est pas adopté.

### **Article 4 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable aux amendements identiques **COM-84** et **COM-53** qui ont pour objet de supprimer l'article portant sur l'intervention individuelle de bénévoles.

Les amendements COM-84 et COM-53 sont adoptés ; l'amendement **COM-65** devient sans objet.

L'article 4 bis est supprimé.

### **Article 4 ter (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à l'amendement de suppression **COM-54**. En effet, l'article sécurise l'intervention de praticiens bénévoles dans les établissements de santé.

L'amendement COM-54 n'est pas adopté.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Demande de retrait de l'amendement **COM-30**, car la participation de praticiens bénévoles dans les centres de santé est déjà prévue dans l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique.

L'amendement COM-30 est retiré.

*L'article 4 ter est adopté sans modification.*

**Article 4 quater (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Mon amendement **COM-85** vise à supprimer l'article.

*L'amendement COM-85 est adopté.*

*L'article 4 quater est supprimé.*

**Articles additionnels après l'article 4 quater (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les amendements identiques **COM-3** rectifié et **COM-70** rectifié, les amendements identiques **COM-4** rectifié et **COM-71** rectifié, ainsi que les amendements **COM-72**, **COM-73**, **COM-5** rectifié et **COM-6** rectifié partent d'un constat que je partage : l'inégalité de traitement figurant dans la loi entre l'activité libérale exercée par un praticien hospitalier d'un établissement public de santé et l'activité libérale exercée par un praticien salarié d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic).

*Les deux cas sont en apparence semblables : les établissements, sous ces deux statuts, sont astreints au service public hospitalier, et leurs praticiens bénéficient de la possibilité d'exercer une activité libérale en parallèle de leur service hospitalier. Il y a néanmoins une différence de taille : dans le cas des hôpitaux publics, le praticien est directement conventionné avec l'assurance maladie et peut à ce titre, dans les limites du secteur 2, pratiquer des dépassements d'honoraires dans la mesure où ces derniers n'impactent pas la mise en œuvre du service public hospitalier. Dans le cas de l'Espic, le praticien salarié ne peut exercer d'activité libérale que dans le cadre d'un contrat négocié avec l'établissement qui l'emploie, ce qui, d'une part, conditionne sa pratique à l'acquiescement de l'établissement et, d'autre part, limite considérablement sa capacité à demander des dépassements d'honoraires puisque ces derniers lui sont directement versés sur le budget de l'établissement.*

*La situation qui en résulte est pour le moins paradoxale : l'exercice de l'activité libérale est plus aisé pour le praticien lorsque celui-ci exerce en hôpital public que lorsqu'il exerce en Espic.*

*Les huit amendements ont pour ambition louable de corriger cet écueil, et je ne peux que les rejoindre dans leur intention. Toutefois, ils présentent dans leur forme plusieurs difficultés de rédaction qui les rendent peu compatibles avec l'économie générale du code de la santé publique.*

*Aussi, j'invite leurs auteurs, MM. Bonne et Iacovelli, à les retirer et je leur dis toute ma disponibilité pour que soit discutée en séance publique une proposition d'intention comparable, mais d'imputation plus commode. À défaut, l'avis serait défavorable.*

**M. Bernard Bonne.** – Je suis d'accord pour retirer mes amendements, dès lors qu'une nouvelle rédaction sera discutée en séance publique.

**M. Xavier Iacovelli.** – Je retire mes amendements et me rapprocherai du rapporteur pour travailler à la nouvelle rédaction qui sera présentée en séance publique.

Les amendements COM-3 rectifié, COM-70, COM-4 rectifié, COM-71, COM-72, COM-73, COM-5 rectifié et COM-6 rectifié sont retirés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-63** est de nature réglementaire. Même si je comprends l'intention de ses auteurs, avis défavorable.

L'amendement COM-63 n'est pas adopté.

#### **Article 5**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Mon amendement **COM-86** répond à plusieurs inquiétudes quant aux ambiguïtés qu'introduit l'article 5 sur les compétences du chef de service par rapport à celles du chef de pôle.

L'amendement COM-86 est adopté, de même que les amendements **COM-87** et **COM-88**.

L'article 5 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

#### **Article 5 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Mon amendement **COM-89** vise à associer plus étroitement les praticiens à l'élaboration du projet médical.

**M. Bernard Bonne.** – Il a surtout pour intérêt d'intégrer les projets infirmiers dans le texte.

L'amendement COM-89 est adopté.

L'article 5 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

#### **Article additionnel après l'article 5 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-31** a pour objet une matière pour laquelle le Parlement a délégué sa compétence au Gouvernement en habilitant ce dernier à prendre par ordonnance toute mesure relative à la gouvernance médicale des GHT. Par conséquent, j'en demande le retrait sur le fondement de l'article 38 de la Constitution.

**M. Bernard Bonne.** – Je le retire.

L'amendement COM-31 est retiré.

#### **Article 6**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le défaut d'attractivité pour les personnels paramédicaux fait peser une menace extrêmement préoccupante sur l'avenir de l'hôpital public, et le défaut de participation de ces corps à la direction en est une des principales causes. Mon amendement **COM-90** vise l'absence de vocation représentative de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et la nomination à sa présidence d'un directeur des soins infirmiers non élu.

*Par cohérence avec l'article 5 bis, cet amendement prévoit l'inscription de la CSIRMT au rang des organes représentatifs de l'établissement public de santé, ainsi que l'élection de son président par ses membres. En cas de constitution de commission médico-soignante, le vice-président sera, à l'instar du président, élu également.*

*L'objectif de cet amendement est de rehausser le rôle de la CSIRMT parmi les organes de l'établissement, afin de garantir aux personnels paramédicaux la représentation assurée par ailleurs au corps médical et la participation au projet d'établissement.*

*L'adoption de cet amendement n'emporte pas la suppression de la fonction de directeur des soins infirmiers, dont la mission de coordination est préservée et dont la place au directoire peut être maintenue.*

*Enfin, l'amendement précise dans la loi l'opportunité d'ouvrir les mutualisations permises par le GHT aux soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, alors que le droit actuel n'ouvre cette possibilité qu'aux seuls soins médicaux.*

*L'amendement COM-90 est adopté.*

***M. Alain Milon, rapporteur.** – Mon amendement **COM-91** précise la rédaction de l'article 6 sur le droit d'option ouvert aux personnels médicaux et paramédicaux, dont l'accord conjoint reste indispensable à l'établissement d'une commission médico-soignante fusionnée.*

*L'amendement COM-91 est adopté.*

*L'article 6 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

#### **Article 6 bis (nouveau)**

***M. Alain Milon, rapporteur.** – Le rapport Notat ne limite pas l'extension du rôle de la CSIRMT à la production d'un avis sur la politique d'investissement médical de l'établissement, mais appelle à ce que sa place soit redéfinie en profondeur dans le système de décision, et son avis recueilli en toute matière. C'est l'objet de l'amendement **COM-92**.*

*L'amendement COM-92 est adopté.*

*L'article 6 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

#### **Article 7 (supprimé)**

***M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-23** rectifié vise à rétablir cet article qui a fait l'unanimité contre lui à l'Assemblée nationale. Retrait sinon avis défavorable.*

*L'amendement COM-23 rectifié est retiré.*

*L'article 7 demeure supprimé.*

**Article additionnel après l'article 7 (supprimé)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à l'amendement **COM-24** rectifié qui vise à donner la possibilité au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de proposer des avenants à la convention constitutive des GHT.

L'amendement COM-24 rectifié n'est pas adopté.

**Article additionnel avant l'article 7 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-22** rectifié sera satisfait si mon amendement **COM-93** est adopté. Retrait ?

L'amendement COM-22 rectifié est retiré.

**Article 7 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-93** vise à insérer les nouvelles dispositions instaurant le service d'accès aux soins au sein d'un chapitre du code de la santé publique distinct de celui de l'aide médicale urgente. Demande de retrait de l'amendement **COM-33**, car il serait ainsi satisfait.

L'amendement COM-93 est adopté.

L'amendement COM-33 est retiré.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement **COM-94** vise à inscrire explicitement le principe de la coopération entre les professionnels du secteur ambulatoire et ceux exerçant en établissements de santé dans l'article du code de la santé publique relatif au service d'accès aux soins.

L'amendement COM-94 est adopté ; l'amendement **COM-32** devient sans objet.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je demande le retrait de l'amendement **COM-17** rectifié au profit de l'amendement **COM-56**, sur lequel je donne un avis de sagesse.

L'amendement COM-17 rectifié est retiré.

L'amendement COM-56 est adopté.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable à l'amendement **COM-55**.

L'amendement COM-55 est adopté.

L'article 7 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

**Article 8**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Autoriser l'établissement à redéfinir sa gouvernance en s'abstenant de recourir à un directoire, suscite l'inquiétude. Le directoire reste utile pour assurer la collégialité des décisions exécutives. L'amendement **COM-95** vise à préserver cet organe.

L'amendement COM-95 est adopté.

L'article 8 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

### **Article 8 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les amendements identiques **COM-96** et **COM-60** visent à supprimer l'attribution d'un siège de droit aux parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé de leur département.

Les amendements **COM-96** et **COM-60** sont adoptés ; l'amendement **COM-66** devient sans objet.

L'article 8 bis est supprimé.

### **Article 9**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Bien que l'idée d'une ouverture du directoire soit théoriquement séduisante, l'amendement **COM-97** revient sur la possibilité pour le directeur de procéder à la nomination de « personnalités qualifiées » susceptibles d'être choisies hors du personnel de l'établissement sans critères de sélection.

Par ailleurs, en ce qui concerne la présence d'étudiants, la CNDCH a relevé que « les étudiants exercent très temporairement dans les établissements : leur apport réel sur la stratégie d'établissement ne peut qu'être limité ». Pour les usagers, le rapport Claris ayant émis l'idée d'une association ponctuelle d'un ou deux représentants des usagers au directoire, l'amendement a reformulé le pouvoir de nomination du directeur de membres hors personnel dans ce sens.

En cohérence avec les amendements adoptés à l'article 6, je propose aussi que le directeur des soins chargé de la coordination des soins infirmiers, ayant perdu la qualité de président de la CSIRMT, reste membre de droit du directoire.

L'amendement **COM-97** est adopté.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le rapport Claris a critiqué le manque d'informations quant aux orientations discutées au sein du directoire. L'amendement **COM-98** vise à traduire dans la loi la recommandation afférente du rapport, qui appelle à « diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétique du directoire ».

L'amendement **COM-98** est adopté.

L'article 9 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

### **Article 9 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le directeur d'établissement doit signaler tout possible conflit d'intérêts au conseil de surveillance : tel est le sens de l'amendement **COM-99**.

L'amendement **COM-99** est adopté.

L'article 9 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

**Article additionnel après l'article 9 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable à l'amendement **COM-58** qui vise à élargir, de façon opportune, les pouvoirs de délibération du conseil de surveillance.

L'amendement COM-58 est adopté et devient article additionnel.

**Article 10**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'article 10 attribue au comptable public une mission qui relève normalement du contrôle budgétaire a priori du directeur général de l'ARS. Cette « déresponsabilisation » ne paraît pas souhaitable. C'est pourquoi l'amendement **COM-100** vise à restituer au directeur général de l'ARS le rôle qui doit être le sien dans le cadre du contrôle budgétaire a priori.

L'amendement COM-100 est adopté.

L'article 10 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

**Article 11**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable à l'amendement de suppression **COM-57** : le projet de gouvernance et de management paraît largement redondant avec le projet social de l'établissement. Il alourdit la gouvernance de l'hôpital plus qu'il ne l'allège.

L'amendement COM-57 est adopté.

L'article 11 est supprimé.

**Article 11 bis (nouveau)**

L'article 11 bis est adopté sans modification.

**Article additionnel après l'article 11 bis (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à l'amendement **COM-59**, car il est triplement satisfait par l'article L. 6131-2 du code de la santé publique, qui contraint le directeur général de l'ARS à saisir le conseil de surveillance d'un établissement partie lors d'une demande de regroupement en GHT ; par les prérogatives propres du conseil de surveillance, qui lui permettent de s'autosaisir de toute question relative aux groupements hospitaliers ; enfin, par le rôle du comité territorial des élus des GHT, qui rassemble tous les membres élus locaux des conseils de surveillance des établissements parties.

L'amendement COM-59 n'est pas adopté.

**Articles 12, 13, 13 bis (nouveau) et 13 ter (nouveau)**

Les articles 12, 13, 13 bis et 13 ter sont successivement adoptés sans modification.

### **Article 13 quater (nouveau)**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Mon amendement **COM-107** vise à supprimer une disposition largement prématurée : la fin de la présomption de participation au 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.

Sans reconnaissance explicite du législateur, la participation d'un organisme mutuel à une mission de service public s'apprécie au cas par cas selon une jurisprudence rappelée par le Conseil d'État en 2007 : ces mutuelles, organismes de droit privé à but non lucratif, qui mettent en œuvre des services de soins et d'accompagnement mutualiste, poursuivent une mission de service public si leur activité présente un intérêt général et si l'État a entendu leur confier cette mission au regard des conditions de leur création, de leur organisation, de leur fonctionnement et de leurs obligations. Le maintien de ces deux critères, notamment celui de l'intérêt général, paraît pour l'heure préférable à ce que propose l'article 13 quater, à savoir la reconnaissance d'une participation d'une mutuelle au service public à la condition que cette dernière soit explicitement prévue par la loi ou par une délégation de service public.

L'amendement COM-107 est adopté.

L'article 13 quater est supprimé.

### **Article 14**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'article 14 crée une plateforme numérique de services destinée aux personnes en situation de handicap alimentée par un traitement automatisé de données à caractère personnel. Il convient de prévoir la saisine préalable de la CNIL. Tel est l'objet de l'amendement **COM-103**.

L'amendement COM-103 est adopté.

L'article 14 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

### **Articles additionnels après l'article 14**

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le guide publié par la Haute Autorité de santé (HAS) en juillet 2017 recommandait de mettre en place un référent handicap afin « d'accueillir les patients, quel que soit leur handicap, et de les accompagner à chaque étape de leur parcours de soins ». La généralisation du dispositif est une idée intéressante, mais le maillage reste à préciser. La HAS préconisait un référent par groupement hospitalier de territoire ; le dispositif précurseur déployé dans les Bouches-du-Rhône depuis trois ans a préféré un maillage plus fin : des référents handicap sont ainsi présents dans les centres hospitaliers de la Timone et de la Conception, de Salon-de-Provence, d'Aix-en-Provence et bientôt de Martigues. Mais aller encore plus loin, comme le font les amendements identiques **COM-15** rectifié, **COM-18** rectifié, **COM-61** et **COM-67**, en prévoyant un référent handicap par service, est sans doute un peu excessif ; il conviendrait de revoir la rédaction d'ici à la séance publique pour que j'y sois favorable. Retrait sinon avis défavorable.

Les amendements COM-15 rectifié ter, COM-18 rectifié, COM-61 et COM-67 sont retirés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le code de la sécurité sociale dispose déjà que les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent une formation spécifique sur l'évolution des connaissances relatives aux pathologies et aux innovations thérapeutiques, technologiques, éducatives ainsi qu'en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées. Les amendements identiques **COM-14** rectifié ter, **COM-19** rectifié et **COM-62** mettent en avant un sujet important, mais leur portée opérationnelle est mince : ces dispositions s'appliquent depuis la loi de 2005, sans décret. Il est d'ailleurs douteux qu'un tel décret soit effectivement pris.

Les amendements COM-14 rectifié ter, COM-19 rectifié et COM-62 sont retirés.

**Article 14 bis (nouveau)**

L'amendement de suppression **COM-104** est adopté.

L'article 14 bis est supprimé.

**Article 14 ter (nouveau)**

L'amendement de suppression **COM-105** est adopté.

L'article 14 ter est supprimé.

**Article 15 (supprimé)**

L'article 15 est supprimé.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

**TABLEAU DES SORTS**

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
<b>Chapitre Ier : Exercice en pratique avancée et protocoles de coopération</b>			
<b>Article 1<sup>er</sup></b> <b>Rapport d'évaluation sur la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	74	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
M. JOMIER	42	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
<b>Articles additionnels après l'article 1<sup>er</sup></b>			
Mme GUIDEZ	20 rect.	Création de l'équipe coordonnée de soins de ville	<b>Rejeté</b>

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
M. MOUILLER	38 rect. <i>ter</i>	Intégration de la profession des infirmiers anesthésistes dans le dispositif des pratiques avancées	<b>Rejeté</b>
<b>Article 1<sup>er</sup> bis A (nouveau)</b> <b>Coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	75	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
M. JOMIER	43	Référence aux professionnels accompagnant des élèves en situation de handicap	<b>Tombé</b>
M. JOMIER	44	Inscription de la sensibilisation des élèves au handicap dans le champ de la mission de promotion de la santé à l'école	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
<b>Article additionnel après l'article 1<sup>er</sup> bis A (nouveau)</b>			
M. JOMIER	45	Formation spécifique des enseignants et personnels scolaires concernant la santé des élèves et étudiants en situation de handicap	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
<b>Article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)</b> <b>Extension des protocoles locaux de coopération</b>			
M. BONNE	25	Suppression d'article	<b>Rejeté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	76	Nouvelle rédaction de l'article revenant au cadre juridique des protocoles locaux de coopération issu de la loi "santé" de 2019	<b>Adopté</b>
Mme GUIDEZ	16 rect.	Extension des protocoles de coopération aux professionnels de santé exerçant en services médico-sociaux	<b>Tombé</b>
M. MOUILLER	13 rect. <i>ter</i>	Extension des protocoles de coopération aux professionnels de santé exerçant en services médico-sociaux	<b>Tombé</b>
Mme MEUNIER	47	Extension des protocoles de coopération aux professionnels de santé exerçant en services médico-sociaux	<b>Tombé</b>
M. LÉVRIER	64	Extension des protocoles de coopération aux professionnels de santé exerçant en services médico-sociaux	<b>Tombé</b>
<b>Articles additionnels après l'article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)</b>			
M. JOMIER	46	Participation de représentants du ministre chargé du handicap au sein du comité national des coopérations interprofessionnelles	<b>Adopté</b>

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
<b>Article 1<sup>er</sup> ter (nouveau)</b> <b>Association de l'UNPS aux travaux sur les protocoles de coopération</b>			
M. JOMIER	48	Suppression d'article	<b>Rejeté</b>
<b>Chapitre II : L'évolution des professions de sage-femme et de certains auxiliaires médicaux</b>			
<b>Article 2</b> <b>Possibilité pour les sages-femmes de prescrire des arrêts de travail de plus de quinze jours</b>			
M. BONNE	29	Suppression d'article	<b>Rejeté</b>
<b>Article 2 bis (nouveau)</b> <b>Possibilité pour les sages-femmes de renouveler ou prolonger des arrêts de travail</b>			
M. BONNE	26	Suppression d'article	<b>Rejeté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	77	Clarification rédactionnelle	<b>Adopté</b>
<b>Article 2 quater (nouveau)</b> <b>Extension des capacités de prescription des sages-femmes en matière de dépistage et de traitement d'infections sexuellement transmissibles</b>			
M. BONNE	27	Suppression d'article	<b>Rejeté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	78	Prescription par les sages-femmes du seul dépistage des IST à leurs patientes ainsi qu'à leurs partenaires	<b>Adopté</b>
Mme ROSSIGNOL	49	Prescription par la sage-femme des examens de bilan et de dépistage au père biologique de l'enfant à naître	<b>Rejeté</b>
<b>Article 2 quinquies A (nouveau)</b> <b>Extension du droit de prescription des sages-femmes en matière de produits de santé</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	79	Suppression de la mention sur l'actualisation d'un texte réglementaire	<b>Adopté</b>
<b>Article 2 quinquies B (nouveau)</b> <b>Dérogation au parcours de soins lorsqu'un patient est adressé par une sage-femme</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	80	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
M. BONNE	28	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
<b>Article 2 quinquies (nouveau)</b> <b>Extension du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes aux produits de santé</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	81	Suppression du renvoi à un décret pour rendre applicable une compétence des	<b>Adopté</b>

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
		masseurs-kinésithérapeutes	
M. JOMIER	50	Suppression de la référence aux substituts nicotiques	<b>Tombé</b>
<b>Division additionnelle après l'article 2 <i>quinquies</i> (nouveau)</b>			
Mme IMBERT	39 rect.	Création d'un statut de « préparation spéciale » en pharmacie	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
Mme IMBERT	40 rect.	Mesure d'urgence permettant aux pharmaciens d'officine et de pharmacies à usage intérieur de fabriquer des produits hydro-alcooliques en cas de crise sanitaire	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
<b>Articles additionnels après l'article 2 <i>quinquies</i> (nouveau)</b>			
M. BONNE	34 rect.	Abrogation de la procédure dérogatoire de la convention médicale en matière d'imagerie médicale	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
Mme IMBERT	41 rect.	Mesure transitoire concernant les modalités d'élection des délégations de la section E de l'Ordre national des pharmaciens représentant les pharmaciens d'outre-mer	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
<b>Chapitre III : Recrutement des praticiens hospitaliers et mesures diverses concernant l'emploi en établissement public de santé</b>			
<b>Article 3 Simplification du recrutement des praticiens hospitaliers</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	82	Réécriture de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Articles additionnels après l'article 3</b>			
M. BONNE	1 rect.	Mise à disposition d'un praticien hospitalier auprès d'un ESPIC au cours de sa période probatoire	<b>Retiré</b>
M. BONNE	2 rect.	Ajout des praticiens hospitaliers exerçant en ESPIC au rang des personnels des établissements publics de santé	<b>Rejeté</b>
<b>Article 4 Expérimentation d'un processus de création de postes de praticien hospitalier au sein des groupements hospitaliers de territoire</b>			
Mme LE HOUEROU	51	Suppression de l'article	<b>Rejeté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	83	Réécriture de l'article	<b>Adopté</b>
Mme LE HOUEROU	52	Possibilité pour le directeur général de l'ARS de s'opposer aux décisions de création de poste prises par le directeur de l'établissement support d'un GHT	<b>Rejeté</b>

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
<b>Article additionnel après l'article 4</b>			
M. KERN	37 rect.	Possibilité ouverte aux établissements publics de santé membres de GHT de créer de nouveaux GHT	<b>Rejeté</b>
<b>Article 4 bis (nouveau) Instauration d'un cadre légal pour l'intervention individuelle de bénévoles dans les établissements de santé</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	84	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
Mme LE HOUEROU	53	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
M. THÉOPHILE	65	Encadrement des modalités d'intervention des bénévoles individuels	<b>Rejeté</b>
<b>Article 4 ter (nouveau) Instauration d'un cadre légal pour l'intervention de praticiens bénévoles dans les établissements publics de santé</b>			
Mme LE HOUEROU	54	Suppression d'article	<b>Rejeté</b>
M. BONNE	30	Participation de praticiens bénévoles dans les centres de santé	<b>Retiré</b>
<b>Article 4 quater (nouveau) Lutte contre le cumul irrégulier d'activités par les agents des établissements publics de santé</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	85	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
<b>Articles additionnels après l'article 4 quater nouveau</b>			
M. BONNE	3 rect.	Ouverture de l'activité libérale aux praticiens hospitaliers exerçant en ESPIC	<b>Retiré</b>
M. IACOVELLI	70	Ouverture de l'activité libérale aux praticiens hospitaliers exerçant en ESPIC	<b>Retiré</b>
M. BONNE	4 rect.	Tarification des activités libérales des praticiens hospitaliers salariés des ESPIC	<b>Retiré</b>
M. IACOVELLI	71	Tarification des activités libérales des praticiens hospitaliers salariés des ESPIC	<b>Retiré</b>
M. IACOVELLI	72	Possibilité de dépassement d'honoraires ouverte aux praticiens hospitaliers exerçant en ESPIC	<b>Retiré</b>
M. IACOVELLI	73	Possibilité pour les ESPIC de contracter avec des professionnels libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires	<b>Retiré</b>

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
M. BONNE	5 rect.	Possibilité pour les ESPIC de contracter avec des professionnels libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires	<b>Retiré</b>
M. BONNE	6 rect.	Possibilité pour les ESPIC de pratiquer des dépassements d'honoraires dans la limites des dispositifs de dépassement maîtrisé	<b>Retiré</b>
M. JOMIER	63	Renforcement du contrôle de la pratique des docteurs juniors	<b>Rejeté</b>
<b>Chapitre IV : Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé</b>			
<b>Article 5 Revalorisation de la place du service et le rôle du chef de service</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	86	Compétence du chef de service par rapport à celle du chef de pôle	<b>Adopté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	87	Nomination du chef de service	<b>Adopté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	88	Participation du chef de service au PMP du GHT	<b>Adopté</b>
<b>Article 5 bis (nouveau) Définition du projet médical</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	89	Association de la CME au projet d'établissement	<b>Adopté</b>
<b>Article additionnel après l'article 5 bis (nouveau)</b>			
M. BONNE	31	Rôle des commissions médicales d'établissement dans l'élaboration du projet médical partagé des GHT	<b>Retiré</b>
<b>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</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	90	Élection du président de la CSIRMT	<b>Adopté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	91	Dissolution de la commission médico-soignante	<b>Adopté</b>
<b>Article 6 bis (nouveau) Avis de la commission des soins infirmiers sur le programme d'investissement en équipements médicaux</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	92	Réécriture de l'article	<b>Adopté</b>

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
<b>Article 7 (Supprimé)</b> <b>Poursuite de l'intégration des groupements hospitaliers de territoire par le prisme des directions communes</b>			
M. CHASSEING	23 rect.	Rétablissement de l'article	<b>Retiré</b>
<b>Article additionnel après l'article 7 (Supprimé)</b>			
M. CHASSEING	24 rect.	Possibilité pour le directeur général de l'ARS de proposer des avenants à la convention constitutive des GHT	<b>Rejeté</b>
<b>Article additionnel avant l'article 7 bis (nouveau)</b>			
Mme GUIDEZ	22 rect.	Création d'un nouveau chapitre sur le service d'accès aux soins	<b>Retiré</b>
<b>Article 7 bis (nouveau)</b> <b>Création d'un service d'accès aux soins</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	93	Création d'un nouveau chapitre sur le service d'accès aux soins	<b>Adopté</b>
M. BONNE	33	Insertion du service d'accès aux soins dans un chapitre distinct	<b>Retiré</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	94	Participation des professionnels de santé à l'organisation du service d'accès aux soins	<b>Adopté</b>
M. BONNE	32	Participation des professionnels de santé à l'organisation du service d'accès aux soins	<b>Tombé</b>
Mme GUIDEZ	17 rect.	Prise en compte des besoins des personnes handicapées dans l'accès au service d'accès aux soins	<b>Retiré</b>
Mme MEUNIER	56	Prise en compte des besoins spécifiques des personnes handicapées	<b>Adopté</b>
M. JOMIER	55	Assurer une offre de permanence de soins ambulatoires mieux adaptée aux besoins de la population	<b>Adopté</b>
<b>Article 8</b> <b>Droit d'option des établissements publics de santé en matière de modalités d'organisation interne et de gouvernance</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	95	Retrait du directoire des organes susceptibles d'être touchés pour le droit d'option	<b>Adopté</b>

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
<b>Article 8 bis (nouveau)</b> <b>Participation de droit des parlementaires au conseil de surveillance d'un établissement public de santé</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	96	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
M. JOMIER	60	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
M. THÉOPHILE	66	Adaptation de la présence des parlementaires au conseil de surveillance des établissements publics de santé	<b>Tombé</b>
<b>Article 9</b> <b>Élargissement de la composition du directoire des établissements publics de santé</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	97	Composition du directoire	<b>Adopté</b>
<b>M. MILON, rapporteur</b>	98	Diffusion des conclusions du directoire	<b>Adopté</b>
<b>Article 9 bis (nouveau)</b> <b>Situation de conflit d'intérêts</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	99	Réécriture de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Article additionnel après l'article 9 bis (nouveau)</b>			
M. JOMIER	58	Pouvoir de délibération du conseil de surveillance sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles	<b>Adopté</b>
<b>Article 10</b> <b>Lutte contre les abus liés à l'intérim médical</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	100	Réécriture de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Article 11</b> <b>Création d'un projet managérial à l'hôpital</b>			
Mme LE HOUEROU	57	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Articles additionnels après l'article 11 bis (nouveau)</b>			
M. BONNE	7 rect.	Avis du comité économique de l'hospitalisation publique et privée sur l'ONDAM	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
M. BONNE	8 rect.	Information obligatoire de la conférence régionale de santé par le directeur général de l'ARS	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
M. BONNE	9 rect.	Publication par l'ARS des décisions relatives aux allocations de ressources FIR et MIGAC	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
M. BONNE	10 rect.	Rapport sur la programmation pluriannuelle de l'ONDAM	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
M. JOMIER	59	Information obligatoire du conseil de surveillance en cas d'adhésion à un groupement hospitalier	<b>Rejeté</b>
<b>Chapitre V : Simplification et gouvernance des organismes régis par le code de la mutualité</b>			
<b>Article additionnel après l'article 13</b>			
M. CHASSEING	36 rect.	Remboursement intégral du tiers-payant aux praticiens	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
<b>Article 13 <i>quater</i> (nouveau)</b> <b>Précision des cas dans lesquels les mutuelles sont considérées comme participant à des missions de service public</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	107	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
<b>Article additionnel après l'article 13 <i>quater</i> (nouveau)</b>			
Mme GUIDEZ	21 rect.	Remboursement intégral du tiers-payant aux praticiens	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
<b>Chapitre VI : Simplification des démarches des personnes en situation de handicap</b>			
<b>Article 14</b> <b>Création d'une plateforme numérique d'information et de services à destination des personnes handicapées</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	103	Avis de la CNIL sur le décret d'application	<b>Adopté</b>
<b>Articles additionnels après l'article 14</b>			
M. MOUILLER	15 rect. ter	Cet amendement crée un référent handicap dans les services d'urgence, les services d'accès aux soins créés à l'article 7 bis et les établissements du service public hospitalier	<b>Retiré</b>
Mme GUIDEZ	18 rect.	Cet amendement crée un référent handicap dans les services d'urgence, les services d'accès aux soins créés à l'article 7 bis et les établissements du service public hospitalier	<b>Retiré</b>
Mme MEUNIER	61	Cet amendement crée un référent handicap dans les services d'urgence, les services d'accès aux soins créés à l'article 7 bis et les établissements du service public hospitalier	<b>Retiré</b>

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
M. LÉVRIER	67	Cet amendement crée un référent handicap dans les services d'urgence, les services d'accès aux soins créés à l'article 7 bis et les établissements du service public hospitalier	<b>Retiré</b>
M. MOUILLER	14 rect. ter	Cet amendement indique qu'un décret précisera l'application des dispositions en vigueur depuis 2005 relatives à la formation initiale et continue des professionnels du secteur médico-social concernant notamment les innovations technologiques et l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées.	<b>Retiré</b>
Mme GUIDEZ	19 rect.	Cet amendement indique qu'un décret précisera l'application des dispositions en vigueur depuis 2005 relatives à la formation initiale et continue des professionnels du secteur médico-social concernant notamment les innovations technologiques et l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées.	<b>Retiré</b>
Mme MEUNIER	62	Cet amendement indique qu'un décret précisera l'application des dispositions en vigueur depuis 2005 relatives à la formation initiale et continue des professionnels du secteur médico-social concernant notamment les innovations technologiques et l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées.	<b>Retiré</b>
<b>Article 14 bis (nouveau)</b> <b>Rapport sur l'attractivité des postes de praticiens au sein des établissements de santé privés d'intérêt collectif</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	104	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
<b>Article 14 ter (nouveau)</b> <b>Rapport sur l'état des lieux sur la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes</b>			
<b>M. MILON, rapporteur</b>	105	Suppression d'article	<b>Adopté</b>
<b>Articles additionnels après l'article 14 ter (nouveau)</b>			
M. BONNE	11	Versement d'un complément de traitement indiciaire pour les professionnels non médicaux des établissements publics de santé et Ehpad publics	<b>Irrecevable au titre de l'art. 40</b>
M. BONNE	12	Revalorisation des métiers du secteur médico-social par le biais de financements complémentaires	<b>Irrecevable au titre de l'art. 40</b>

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
M. MOHAMED SOILIH	68	Modalités d'application à Mayotte des règles de transfert, de regroupement et de création d'une officine	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>
M. MOHAMED SOILIH	69	Modalités d'application à Mayotte des règles de transfert, de regroupement et de création d'une officine	<b>Irrecevable au titre de l'art. 45</b>

## RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »<sup>1</sup>.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie<sup>2</sup>.

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte<sup>3</sup>. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial<sup>4</sup>.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

---

<sup>1</sup> Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

<sup>2</sup> Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

<sup>3</sup> Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

<sup>4</sup> Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents le 20 mars 2019, la commission des affaires sociales **a arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 10 février 2021, **le périmètre indicatif de la proposition de loi (n° 200, 2020-2021), adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- à l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux ;
- aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ;
- au champ de compétences des professions de santé ;
- au statut des praticiens hospitaliers et à leurs modalités de recrutement ;
- à la gouvernance et à l'organisation des soins au sein des établissements de santé ;
- à la coopération entre les acteurs du système de santé ;
- à la gouvernance des organismes complémentaires d'assurance maladie régis par le code de la mutualité ;
- à la simplification des démarches administratives et d'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- au financement du système de santé ;
- aux agences régionales de santé ;
- à la prévention et à la santé publique ;
- aux médicaments, dispositifs médicaux et produits de santé ;
- à la formation, à la déontologie, aux conditions d'exercice et d'installation des professions de santé ainsi qu'au rôle et au fonctionnement des instances ordinales ;
- aux honoraires des professionnels de santé et au tiers payant ;
- aux conditions de la négociation conventionnelle avec l'assurance maladie ;
- à la médecine scolaire ;
- aux dispositions générales relatives à la prise en charge du handicap et à l'emploi des personnes handicapées ;
- aux dispositions générales relatives aux organismes complémentaires d'assurance maladie autres que ceux visés par le code de la mutualité.

**LISTE DES PERSONNES ENTENDUES  
ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES**

---

**LISTE DES PERSONNES ENTENDUES**

- **Union nationale des professionnels de santé (UNPS)**
  - Mathilde Guest, directrice générale
  - Dr William Joubert, président et médecin généraliste
  - John Pinte, secrétaire général et infirmier
  - Sébastien Guérard, vice-président et masseur kinésithérapeute rééducateur
- **Centre national des professions de santé (CNPS)**
  - Dr François Blanchecotte, président
- **Fédération française des praticiens de santé de santé (FFPS)**
  - Daniel Guillerm, président
  - Anne Dehêtre, orthophoniste et présidente de la fédération nationale des orthophonistes
- **Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers spécialisés (CME-CHS)**
  - Dr Christian Muller, président
  - Dr Christophe Schmitt, membre de la conférence et président de commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Jury
  - Dr Radoine Haoui, président de commission médicale d'établissement au centre hospitalier Marchant à Toulouse
- **Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers universitaires (CME-CHU)**
  - Dr François-René Pruvot, directeur
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
  - Zaynab Riet, déléguée générale
  - Vincent Roques, directeur de cabinet

**Marc Bourquin**, conseiller technique

**Quentin Henaff**, adjoint à la responsable du pôle ressources humaines

**Dr Frédéric Martineau**, conseiller médical

- **Intersyndicale nationale des praticiens hospitaliers (INPH)**

**Dr Michel Triantafyllou**, vice-président

- **Action Praticiens Hôpital (APH)**

**Dr Jean-François Cibien**, président

**Dr Carole Poupon**, vice-présidente et présidente de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux

**Dr Anne David-Bréard**, membre d'avenir hospitalier, président du Conseil départemental de la Nièvre

- **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)**

**Jeanne Dupont-Deguine**, vice-présidente chargée des études médicales

- **InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI)**

**Gaetan Casanova**, président

**William Haynes**, secrétaire général

- **InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)**

**Morgan Caillault**, président

- **Jeunes médecins**

**Dr Emmanuel Loeb**, président

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**

**Christine Schibler**, déléguée générale

**Béatrice Noellec**, directrice

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)**
  - Antoine Perrin, directeur général
  - François Grimonprez, directeur général adjoint
  - Guillaume Chesnel, directeur de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé
  - Maryse De Wever, chargée de communication
  - Arnaud Suicmez, responsable relations influenceurs
  
- **Unicancer**
  - Sophie Beaupere, déléguée générale
  - Michaël Canovas, directeur de cabinet
  
- **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)**
  - Anne-Marie Curat, présidente
  - David Meyer, chef de cabinet et conseiller technique
  
- **Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)**
  - Camille Dumortier, présidente
  - Caroline Combot, secrétaire générale
  
- **Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF)**
  - Marie-Anne Poumaer, présidente
  - Henny Jonkers, membre du conseil d'administration
  
- **Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)**
  - Pascale Mathieu, présidente
  - Jean-François Dumas, secrétaire général
  
- **Conférence nationale de directeurs de centre hospitalier (CNDCH)**
  - Francis Saint Hubert, président

- **Conférence des Directeurs Généraux de Centres hospitaliers régionaux universitaires**

**Marie-Noëlle Gerain-Breuzard**, présidente

**Alexandre Fournier**, secrétaire général

**Cécile Jaglin-Grimonprez**, directrice générale du centre hospitalier universitaire d'Angers

- **Syndicat des managers publics de santé (SMPS)**

**Jérôme Goeminne**, président

**Clément Triballeau**, secrétaire régional

**Catherine Latger**, vice-présidente du syndicat des managers publics de santé

- **Conseil national de gestion (CNG)**

**Ève Parier**, directrice générale

- **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**

**Virginie Magnant**, directrice

- **Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)**

**Virginie Lasserre**, directrice générale

**Olivier Bachellery**, sous-directeur de la sous-direction des affaires financières et de la modernisation

- **Caisse des dépôts et consignations (CDC)**

**Laure de La Bretèche**, directrice déléguée des retraites et de la solidarité

**Giulia Carré**, conseillère relations institutionnelles

- **Collectif inter hôpitaux**

**Dr Véronique Hentgen**, praticienne hospitalière à Versailles

**Florence Pinsard**, infirmière cadre de santé au centre hospitalier de Pau

**Dr François Salachas**, praticien hospitalier Assistance Publique -Hôpitaux de Paris

**Christophe Marguet**, professeur des universités-praticien hospitalier à Rouen

**Julie Bourmaleau**, cadre supérieure de santé Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

**Stéphanie Tissier-Minguet**, usager et aidante

- **France Assos Santé**

**Mariannick Lambert**, membre du bureau

**Alexis Vervialle**, conseiller technique santé

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

**Katia Julienne**, directrice générale de l'offre de soins

- **Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers (CME-CH)**

**Dr Thierry Godeau**, président

**Dr David Piney**, secrétaire général

- **Pr Olivier Claris**, coordonnateur de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières

- **Fédération des médecins de France (FMF)**

**Dr Corinne Le Sauder**, présidente

**Dr Mickael Frugier**, vice-président de la FMF

**Dr Stéphane Pinard**, président de la branche généraliste de la FMF

- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**

**Dr Jacques Battistoni**, président

**Dr Jean-Louis Bensoussan**, secrétaire général

- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**

**Dr Ortiz**, président

**Dr Devulder**, président des spécialistes

**Dr Duquesnel**, président des généralistes

- **Syndicat des médecins libéraux (SML)**  
**Dr Sophie Bauer, secrétaire générale**

## CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**
- **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)**



## LA LOI EN CONSTRUCTION

---

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp120-200.html>