

N° 1978

N° 186

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
SEIZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale  
le 7 décembre 2023

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 décembre 2023

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission mixte paritaire<sup>(1)</sup> chargée de proposer un texte  
sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à  
**améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial  
des professionnels,***

PAR M. Frédéric VALLETOUX,  
Rapporteur,  
Député

PAR Mme Corinne IMBERT,  
Rapporteuse,  
Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, sénateur, président ; Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, députée, vice-présidente ; Mme Corinne Imbert, sénatrice, M. Frédéric Valletoux, député, rapporteurs.

Membres titulaires : Mmes Florence Lassarade, Nadia Sollogoub, M. Bernard Jomier, Mmes Émilienne Poumirol, Solanges Nadille, sénateurs ; MM. Jean-François Rousset, Thierry Frappé, Hadrien Clouet, Yannick Neuder, Nicolas Turquois, députés.

Membres suppléants : Mmes Chantal Deseyne, Viviane Malet, Jocelyne Guidez, Annie Le Houerou, Céline Brulin, Corinne Bourcier, Anne Souyris, sénatrices ; Mme Nicole Dubré-Chirat, MM. Philippe Frei, Christophe Bentz, Mme Mathilde Hignet, MM. Guillaume Garot, Sébastien Peytavie, Paul-André Colombani, députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16<sup>e</sup> législ.) :

Première lecture : 1175, 1336 et T.A. 137

Sénat :

Première lecture : 747 (2022-2023), 48, 49 et T.A. 10 (2023-2024)  
Commission mixte paritaire : 187 (2023-2024)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE .....	5
TABLEAU COMPARATIF .....	37



## TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de la Première ministre, la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels se réunit au Sénat le jeudi 7 décembre 2023.

Elle procède tout d'abord à la désignation de son bureau, constitué de M. Philippe Mouiller, sénateur, président, de Mme Charlotte Parmentier-Lecoq, députée, vice-présidente, de Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat, et de M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

La commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen des dispositions restant en discussion.

\*

\* \*

**M. Philippe Mouiller, sénateur, président.** – Je vous souhaite la bienvenue ; nous examinons ce matin les dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels adoptée par l'Assemblée nationale le 15 juin 2023 et par le Sénat le 25 octobre dernier.

Le texte déposé par Frédéric Valletoux était composé de onze articles. L'Assemblée nationale a inséré vingt-huit nouveaux articles et en a supprimé deux. Lors de son examen, le Sénat a adopté conformes trois articles ; confirmé la suppression de deux articles ; inséré onze articles additionnels ; modifié vingt-quatre articles et supprimé dix articles.

Au total, quarante-cinq articles sont donc soumis à notre commission mixte paritaire (CMP), ce qui a donné lieu à d'intenses travaux préparatoires que les rapporteurs vont nous présenter.

**Mme Charlotte Parmentier-Lecoq, députée, vice-présidente.** – Je vous remercie de votre accueil et je forme des vœux de réussite pour cette CMP. Je tiens à saluer le travail de nos rapporteurs, qui ont cherché un compromis pour que celle-ci soit conclusive.

**Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat.** – À la demande du Gouvernement, le Sénat a dû, dès le début de la session parlementaire, examiner la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, qui nous réunit aujourd'hui.

Notre commission des affaires sociales avait souligné le caractère maladroit, voire contre-productif d'un tel calendrier, faisant intervenir la discussion de ce texte avant même l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et alors que les négociations conventionnelles avec les médecins libéraux venaient de reprendre, après un échec douloureux au début de cette année. Le ministre Aurélien Rousseau avait reconnu lui-même la difficulté de ce calendrier et les conditions d'examen regrettables imposées au Sénat.

Au-delà de ces considérations, notre commission avait également fortement déploré l'accumulation de textes relatifs à la santé d'initiative exclusivement parlementaire. Nous nous retrouvons, députés comme sénateurs, chargés d'examiner chaque trimestre des initiatives nombreuses et, souvent, louables, alors que seul un projet de loi ambitieux pourrait répondre efficacement aux multiples fractures de notre système de santé.

Force est de constater que cette méthode n'est ni satisfaisante ni appropriée. De cette accumulation de textes résulte un pointillisme législatif, qui ne sert pas la qualité du droit, décourage les acteurs de notre système de santé et conduit le législateur à revenir sur des dispositions pourtant tout juste adoptées. Ce texte ne fait pas exception à la règle.

Ainsi, certains articles modifient des apports des lois Rist 2 et Khattabi adoptées il y a quelques mois seulement, tandis que d'autres doublonnent avec des dispositions du projet de loi Immigration, de la proposition de loi Bien vieillir et d'un texte examiné ce soir même à l'Assemblée nationale.

Pour autant, fidèle à sa position toujours constructive à l'égard des initiatives qui lui sont soumises, notre commission a fait preuve de bienveillance sur le texte qui nous réunit ce matin. Sur son initiative, le Sénat a adopté les dispositions de cette proposition de loi qui lui ont paru bienvenues pour améliorer l'accès aux soins et pour répondre à des lacunes juridiques ou opérationnelles identifiées.

Certains points qui ont été considérés par la commission et par le Sénat comme des irritants substantiels ou des dispositions juridiquement fragiles, superflues ou parfois contre-productives ont été, quant à eux, profondément remaniés au cours de la première lecture ou supprimés.

Au terme de son examen, notre chambre a adopté, le 25 octobre dernier, la proposition de loi modifiée par quatre-vingt-cinq amendements, dont quarante-quatre ont été adoptés en commission et quarante et un en séance publique.

Le Sénat a, sur les trente-neuf articles que comportait le texte transmis, confirmé la suppression de deux articles ; adopté conformes trois articles ; supprimé dix articles ; adopté avec modifications vingt-quatre articles et adopté onze articles additionnels. Ce sont donc quarante-cinq articles qui restent en discussion.

Frédéric Valletoux et moi-même avons mené un long travail préparatoire à cette réunion et échangé à de nombreuses reprises. Je ne crois pas trahir la réalité en reconnaissant que ces derniers ont été francs et, parfois, tendus au regard des désaccords initiaux entre nos deux chambres. Ces divergences d'approche étaient substantielles, reconnaissons-le, mais je crois, toutefois, que chacun de nous a pu faire valoir ses analyses, confronter ses manières d'appréhender le système de santé avec pour objectif de faire advenir un texte de compromis, qui, je l'espère, saura recueillir ce matin le soutien de notre commission mixte paritaire.

Je tiens naturellement à remercier mon collègue rapporteur Frédéric Valletoux pour la qualité de nos échanges et salue son engagement au service d'une territorialisation ambitieuse de notre système de santé. Ils nous ont permis de trouver, sur les points de désaccord entre nos deux chambres, des solutions de compromis portées par seize propositions de rédaction que nous vous soumettrons.

Sur plusieurs dispositions du texte, les positions de nos deux chambres ont spontanément convergé. Tel est le cas des articles 3 *bis* A sur le rôle du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou de l'article 5 *quinquies* sur la protection de la santé des étudiants par les employeurs.

Le Sénat a, de la même manière, souscrit à la volonté de l'Assemblée nationale de créer un statut d'infirmier référent à l'article 3 *bis* D, qui permettra de mieux reconnaître leur rôle dans la coordination des parcours de soins et le suivi des patients.

Il a également soutenu l'extension des contrats d'engagement de service public (CESP) aux étudiants de maïeutique et de pharmacie prévue à l'article 5.

Le Sénat a, encore, renforcé les dispositions relatives aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue), en permettant la réalisation en ambulatoire des parcours de consolidation des compétences ou en garantissant l'examen des demandes d'autorisation d'exercice par des commissions nationales, majoritairement composées de professionnels de santé.

Soucieux de prémunir les collectivités contre les dérives liées à la pratique, certes minoritaire, du « nomadisme » chez certains professionnels de santé, le Sénat a élargi le champ des aides à l'installation dont l'octroi a été limité à une fois tous les dix ans par l'article 2 *bis*.

Pour améliorer l'accès aux soins, le Sénat a également consolidé les travaux menés à l'Assemblée nationale sur le développement du cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé exerçant dans des structures publiques.

Il en est de même pour les articles 3 *bis* B et 3 *bis* C, qui contribueront à développer l'exercice coordonné, en modifiant le régime juridique applicable aux structures portant les maisons de santé, et que le Sénat a accueillis favorablement.

Nos positions ont convergé, enfin, sur l'article 3 *bis* AA relatif aux possibilités de fermeture de centres de santé déconventionnés par l'assurance maladie au regard de manquements graves.

Toutefois, sur plusieurs articles, le Sénat et l'Assemblée nationale ont fait valoir des visions sensiblement différentes de l'organisation de l'offre de soins.

C'est le cas, d'abord, pour les articles 1<sup>er</sup> et 3, relatifs respectivement aux conseils territoriaux de santé (CTS) et à l'adhésion aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Depuis plusieurs semaines, le dialogue, l'explicitation de nos positions respectives et une volonté de compromis nous ont pourtant permis de parvenir à des points d'accord difficilement négociés.

Sur l'article 1<sup>er</sup> relatif à l'inscription des politiques de santé dans les territoires et au CTS, le Sénat avait assez largement allégé la rédaction initiale. Soucieux de renforcer le rôle du CTS sans brider les initiatives des acteurs de l'offre de soins, nous sommes parvenus à une rédaction de compromis permettant de renforcer les missions du CTS en l'associant à l'élaboration des projets territoriaux de santé.

Le Sénat avait, par ailleurs, supprimé l'article 3, qui prévoyait l'adhésion automatique aux CPTS. En contraignant inutilement les professionnels de santé, ces dispositions risquaient de s'avérer contre-productives. Elles soulevaient, par ailleurs, d'importantes difficultés juridiques. Je me réjouis que nos échanges nous aient conduits à vous proposer le maintien de sa suppression.

Sur l'article 2 *quinquies*, considérant que l'enjeu réside davantage dans l'élaboration d'un diagnostic territorial fiable et régulièrement actualisé que dans la création d'un nouvel indicateur de l'offre, les apports des deux assemblées contribueront à mieux outiller les acteurs du territoire.

Le Sénat avait, par ailleurs, adopté trois articles additionnels visant à libérer du temps médical et à mieux tenir compte des difficultés d'accès à un médecin.

Si je ne peux que regretter la suppression des articles 2 *quater* A et 2 *quater* B qui visaient, en ce sens, à limiter les certificats médicaux inutiles, je me félicite, en revanche, du maintien de l'article 2 *quater* C dans le texte que nous vous proposerons d'adopter ce matin. Ce dernier vise à étendre à l'ensemble du territoire national l'expérimentation de la signature des certificats de décès par les infirmiers, dont le lancement n'a que trop tardé. Il s'agit là de répondre à une attente forte des élus comme des familles des défunts.

Enfin, concernant l'hôpital, nous avons malheureusement subi dans la préparation de cette CMP le parcours erratique de la discussion des articles 4 et 4 *bis* A relatif à la permanence des soins en établissement de santé et de l'article 6 relatif aux groupements hospitaliers de territoire (GHT). Sur ces articles, le Sénat avait déjà fait des concessions en tendant la main au Gouvernement et tenté autant que faire se peut de sécuriser des dispositions insuffisamment abouties. Les ajustements présentés aujourd'hui traduisent le souhait d'avoir des rédactions équilibrées sur des articles pour lesquels, disons-le, l'essentiel a toujours été partagé.

Nous pouvons nous satisfaire de voir aboutir des intentions communes concernant le rééquilibrage de la permanence des soins en établissement de santé, l'accompagnement de l'accès des GHT à la personnalité morale ou encore le renforcement du conseil de surveillance comme de la gouvernance médico-administrative à l'hôpital.

Au bénéfice des observations que je viens de présenter et sous réserve des conclusions de mon homologue rapporteur de l'Assemblée nationale, il me semble tout à fait possible d'aboutir aujourd'hui à un travail conclusif de notre commission mixte paritaire. Tel est en tout cas le vœu que je forme.

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Nous nous retrouvons ce matin en commission mixte paritaire pour examiner cette proposition de loi que j'ai déposée avec mon groupe, Horizons, et le groupe Renaissance, au printemps dernier.

Ce texte s'inscrit dans le prolongement des travaux engagés par le Gouvernement et la majorité à l'Assemblée nationale ; je pense notamment à la récente loi portée par notre collègue Stéphanie Rist, qui avait fait l'objet d'une CMP conclusive ici même en avril dernier, mais aussi à toutes les bonnes volontés et aux travaux transpartisans réalisés dans notre assemblée. Ce texte entend apporter une pierre importante à l'édification d'un système de santé plus robuste, moins inégalitaire, mieux coordonné entre les divers acteurs et, enfin, mieux adapté aux spécificités de chaque territoire.

Forte de onze articles lors de son dépôt, la proposition de loi s'est enrichie au cours des débats au sein de nos deux assemblées, pour en compter près de cinquante à l'issue de son examen au Sénat.

Je me réjouis tout d'abord qu'une majorité d'entre eux aient fait l'objet d'un accord rapide entre nos deux assemblées. D'autres articles ont suscité, de part et d'autre, des inquiétudes ou du moins des interrogations. Nous avons donc travaillé ardemment jusqu'à une heure tardive hier avec Corinne Imbert, dont je salue à la fois la ténacité, l'esprit d'ouverture et de construction, pour parvenir à des rédactions communes, qui respectent autant que faire se peut les sensibilités de chacun.

Commençons d'abord par les points d'accord ou de consensus entre nos deux chambres.

Au total, sept articles ont été adoptés conformes entre nos deux assemblées. Ils recouvrent une diversité de sujets comme la neutralisation de la majoration du ticket modérateur pour les patients n'ayant plus de médecin traitant ; le lancement d'une expérimentation visant à encourager l'orientation des lycéens issus de déserts médicaux vers les études de santé ; le contrôle des centres de santé par les juridictions financières ou encore leur fermeture éventuelle lorsqu'ils font l'objet d'une décision de déconventionnement par l'assurance maladie.

Certains articles, qui figuraient dans le texte initial, ont été précisés et renforcés au cours de la procédure législative, à l'instar de l'article 5 sur l'extension du CESP, lequel sera désormais ouvert dès la deuxième année. Nous le savons tous, la formation sera un axe majeur du renforcement de l'accès aux soins et c'est d'ailleurs ce que souligne l'article 5 *quinquies*, introduit par un amendement de Stéphanie Rist afin de protéger et d'assurer la sécurité de la santé physique et mentale des internes en stage, et dont Corinne Imbert a étendu, à juste titre, la portée aux étudiants en deuxième cycle de médecine.

Ainsi, nous le voyons, un certain nombre d'articles ont été modifiés par le Sénat, qui a soit enrichi les dispositifs, soit apporté des modifications rédactionnelles précieuses, et sur lesquelles je porte un avis favorable. Je pense, par exemple, à l'article 2 *bis* qui permettra de mieux encadrer les aides à l'installation et les exonérations pour éviter les phénomènes de nomadisme, à l'article 3 *bis* A sur le rôle du médecin coordonnateur en Ehpad ou encore à l'article 3 *bis* D sur le statut d'infirmier référent, qui est attendu depuis longtemps par la profession.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont ajouté un certain nombre d'articles qui ont sensiblement enrichi le texte et ont fait consensus. Ils apportent des avancées concrètes pour notre système de santé et ses acteurs, parmi lesquelles des mesures attendues de longue date. Je pense notamment à l'affiliation à l'Ircantec des praticiens hospitalo-universitaires sur leur activité hospitalière, que le Sénat a adoptée.

Il en va de même pour l'extension des aides des collectivités aux étudiants en odontologie et toute spécialité médicale ou pour l'extension à l'ensemble du territoire national de l'expérimentation concernant la réalisation des certificats de décès par les infirmiers.

Je pense également à d'autres dispositions qui représenteront un apport très tangible pour les acteurs sur le terrain, telles que la rénovation du régime applicable aux Padhue afin de permettre la meilleure intégration de ceux-ci dans notre système de santé. Cette rénovation comprend des modifications de la procédure d'autorisation d'exercice ou encore l'extension du régime dérogatoire applicable en outre-mer, et sera parachevée prochainement par le projet de loi Immigration.

J'en viens aux articles qui ont suscité des inquiétudes ou du moins des interrogations, comme je le disais précédemment, et pour lesquels nous vous proposerons avec Corinne Imbert, à l'issue des discussions de ces dernières heures, des modifications qui pourront nous permettre d'aboutir à des rédactions communes.

Permettez-moi d'évoquer les principaux points concernés.

Concernant les conseils territoriaux de santé, nous vous proposerons des rédactions à l'article 1<sup>er</sup> qui permettront de conforter ces instances de démocratie sanitaire en les associant pleinement à l'élaboration des projets territoriaux de santé. Ils se voient confier des missions précises quant à l'offre de soins. Dans le même temps, nous proposons de clarifier les leviers des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) pour mobiliser les acteurs du système de santé afin de mieux répondre aux besoins de nos concitoyens.

Sur les CPTS, nous avons entendu les craintes des professionnels de santé liées à l'article 3, qui prévoyait qu'ils deviennent automatiquement membres de ces structures. En responsabilité, nous vous proposons de maintenir la suppression de cet article, qui pourrait s'avérer contre-productif par rapport à notre volonté de poursuivre le déploiement de ces structures sur l'ensemble du territoire national.

Concernant la permanence des soins, nous savons que nous sommes très attendus partout en France et avons réussi à être d'accord sur l'essentiel. L'article 4 permettra de ne plus faire reposer essentiellement la permanence des soins sur les hôpitaux, comme c'est le cas aujourd'hui ; il permettra d'y associer plus étroitement les établissements privés et leurs professionnels de santé dans le cadre d'un dispositif clarifié. Il faut saluer cette avancée, qui fait suite aux travaux de l'inspection générale des affaires sociales (Igas).

En outre, l'article 4 *bis* A prévoit que l'octroi d'une autorisation puisse être conditionné par le directeur général de l'ARS, et ce dans l'intérêt de l'organisation de la permanence des soins.

Enfin, nous sommes convenus de maintenir la suppression de l'article 4 *bis* qui, au-delà du fait qu'il constituait sans doute un irritant, n'aurait rien changé quant au fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) compte tenu de sa rédaction.

Sur l'accès aux soins en ville de façon plus générale, j'ai tenu à ce que nous préservions un certain nombre d'articles issus d'amendements portés par plusieurs membres du groupe de travail animé par Guillaume Garot.

Ainsi, nous vous proposerons, par exemple, que le diagnostic territorial partagé, qui devra être actualisé tous les deux ans, puisse évaluer la densité de l'offre de soins et la mettre en perspective grâce à des données se rapportant à la situation nationale. Par ailleurs, nous avons maintenu l'obligation pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes d'informer l'ARS et les ordres, avec un préavis de six mois pour les libéraux et dès que possible pour les centres de santé, de toute cessation définitive d'activité, afin de mieux garantir la continuité de l'offre de soins dans les territoires.

Sur l'interdiction de l'exercice en intérim en début de carrière pour les soignants, nous proposons à l'article 7 de la restreindre à cette unique période de la vie professionnelle, en y intégrant les établissements ou services d'enseignement aux mineurs et jeunes adultes handicapés.

Concernant les modalités du *numerus apertus*, les besoins de santé des territoires pourront être pris en compte en priorité pour fixer les objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle - il s'agit là d'une disposition prévue à l'article 5 *bis* qui s'articule bien avec la proposition de loi de notre collègue Yannick Neuder, en cours d'examen à l'Assemblée nationale et dont les ambitions sont largement partagées sur nos bancs. C'est d'ailleurs à l'un des amendements de Yannick Neuder que nous devons la version de cet article adoptée en juin dernier, et que nous avons logiquement souhaité rétablir dans le texte que nous vous proposons ce matin.

Dans le même esprit, nous souhaitons rétablir l'article 10 *quater* prévoyant la remise d'un rapport sur le déroulement de l'internat en médecine et des études de santé, né d'une ambition transpartisane qui perdue et demeure forte aujourd'hui.

Sur l'hôpital, les articles 6 et 6 *bis* A ont naturellement fait l'objet de nombreuses discussions.

Pour doter les groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui le souhaiteraient de la personnalité morale, nous vous proposons une rédaction ajustée, qui fait consensus au sein de la communauté hospitalière. La proposition de rédaction de l'article 6 *bis* A ouvre, quant à elle, la voie à une demande, partagée entre les établissements des groupements concernés, de changement de périmètre des GHT, plutôt qu'à la création de nouvelles entités.

En outre, nous vous proposons des modifications visant à renforcer la médicalisation de la gouvernance hospitalière, sans alourdir la charge administrative qui en découle pour les hôpitaux. Ainsi, en nous appuyant sur le droit existant, nous suggérons l'ajout, pour délibération par le conseil de surveillance, d'une présentation conjointe annuelle du directeur et du président de la commission médicale d'établissement (CME) sur les modalités de mise en œuvre du projet d'établissement. De même, le conseil de surveillance serait désormais conduit à se prononcer pour avis sur la charte de gouvernance entre le directeur et le président de la CME, laquelle existe déjà dans le code de la santé publique. Enfin, vous l'aurez compris, le conseil de surveillance serait ainsi lui aussi renforcé dans son rôle.

À propos du conseil de surveillance, je tiens à souligner que nous avons jusqu'à très récemment encore continué de réfléchir à la meilleure rédaction possible de l'article 6 *bis* B, qui prévoit la participation, avec voix consultative, de parlementaires en son sein. Pour pallier les difficultés actuelles sur la participation des sénateurs, sans complexifier outre mesure les règles d'organisation du conseil de surveillance, nous n'avons pas souhaité modifier le droit existant pour les députés, mais nous ouvrons la voie à la participation volontaire des sénateurs de la circonscription où se trouve le siège de l'établissement.

Après de nombreuses heures de travail, de concertation et de débats, en commission et en séance dans nos assemblées respectives, mais également au cours de plusieurs réunions lors de ces derniers jours avec Corinne Imbert, que je tiens à remercier, je crois pouvoir dire que nous avons abouti à un texte qui, certes, ne contentera sans doute pas tout le monde, mais permettra des avancées concrètes majeures et d'apporter des réponses aux préoccupations de nos concitoyens.

Pour ces raisons, je souhaite que la commission mixte paritaire puisse parvenir à un accord aujourd'hui et que le texte soit adopté afin que les mesures qu'il contient puissent être mises en œuvre dans les meilleurs délais.

**M. Bernard Jomier, sénateur.** – Les exposés de Frédéric Valletoux et de Corinne Imbert se terminent tous deux sur le constat d'un travail collectif approfondi, aboutissant à un texte consensuel. Si je vous félicite pour ce bel exercice de synthèse parlementaire, la question n'était pas de contenter les uns et les autres, mais de savoir, compte tenu de l'état actuel de notre système de santé et de l'accès aux soins, si ce texte est de nature à apporter des progrès substantiels.

Je ne vous surprendrai pas en souscrivant aux remarques de Corinne Imbert, qui a rappelé à quel point nous sommes saisis de textes à caractère partiel, portant des mesures techniques ou de saupoudrage, sans répondre à l'important défi auquel nous sommes confrontés.

Ce cadre général nous pose problème, car le texte qui nous est soumis porte des dispositions concernant à la fois l'accès aux soins en ville et le secteur hospitalier, y compris sur des dispositifs relatifs aux carrières : il nous paraît donc par trop dispersé.

La proposition de loi introduit à l'article 1<sup>er</sup>, qui a vocation à propulser le texte, la question de la démocratie sanitaire en apportant une réponse hélas ! fort insuffisante. Si le Sénat a pu débattre de l'intégralité du PLFSS pour 2024, nos collègues députés ont été privés de cette chance pour la deuxième fois, un fonctionnement qui ne pourra pas perdurer tant il pose un problème démocratique dans l'élaboration des politiques, avec des conséquences qui s'étendent jusqu'à ce texte.

Les acteurs ont ainsi tendance à se tourner vers les sénateurs, car ils ne peuvent plus trouver auprès des députés le relais légitime que les représentants du peuple doivent leur fournir. Nous sommes donc confrontés à un dysfonctionnement démocratique majeur.

Cet article n'apporte pas de réels outils permettant de peser sur la construction des politiques de santé au niveau des CTS, dans la mesure où il ne prévoit qu'un élargissement des assemblées, toujours dans le cadre d'un processus purement consultatif, et aucunement la capacité, au niveau des départements, de participer réellement à la décision. Tant que cette situation perdurera, on ne répondra pas aux enjeux territoriaux de l'accès aux soins, variable d'un département à l'autre. Un désaccord de fond émerge dès le premier article.

Nous avons de nombreux autres désaccords, par exemple sur l'intérim. Nous avons soutenu la lutte contre le mercenariat, mais l'intérim n'est aucunement synonyme de mercenariat. Au début de leur vie professionnelle, les jeunes effectuent des remplacements en libéral, ce dont tout le monde se satisfait, alors que ce texte leur interdit cette possibilité en tant que salarié. Les organisations de jeunes ont raison de dénoncer le caractère injuste de cette disposition.

S'agissant des aides à l'installation, nous saluons, en revanche, le tour de vis qui a été donné. Si elles ne sont pas dénuées d'effets, ces aides ont prouvé leurs limites et ont atteint un seuil déraisonnable qui appelait un meilleur cadrage.

Par ailleurs, de nombreux postes de médecins coordonnateurs en Ehpad sont vacants, en raison des conditions d'accès contraintes des médecins généralistes, qui ne les incitent pas à postuler. Nous prenons le pari que le texte ne changera rien au taux de vacance que connaît cette fonction.

Nous ne sommes pas opposés à des mesures positives, même quand elles sont partielles, en témoignent notre soutien à la loi Rist 2. Nous avons alors contribué à ce que la CMP soit conclusive, car nous estimions que cette loi apportait des réponses : ce n'est pas le cas de ce texte.

En conclusion, j'attire votre attention sur le phénomène de financiarisation qui n'est pas du tout traité dans ce texte alors qu'il désorganise l'offre de soins territoriale. Ce mouvement de financiarisation a commencé par les établissements hospitaliers privés, avec deux groupes qui détiennent désormais à eux seuls 35 % de l'offre, avant de se poursuivre dans le domaine de la biologie. Nous avons pu en observer les effets à l'occasion de la crise du covid-19, lorsque l'État a dû négocier les modalités de prise en charge et le coût des tests avec ce secteur de la biologie, largement dépendant de la financiarisation.

Le phénomène s'étend maintenant à l'imagerie médicale, à l'offre de soins de proximité et à l'offre de soins ambulatoires, avec la création de centres de santé et de centres de soins non programmés. Ce mouvement de fond, qui remodèle en profondeur l'offre de soins, devrait nous interpeller et nous conduire à y apporter rapidement des réponses, sous peine de voir toute politique visant à améliorer la pertinence des soins mise à bas et les recettes de la sécurité sociale – assises sur les contributions des assurés sociaux, et en partie fiscalisées – transformées en dividendes versés aux actionnaires.

Je regrette que cette question n'ait pas été évoquée, alors que l'Assemblée nationale comme le Sénat ont débattu de mesures de régulation de l'offre libérale. Ces dernières ne représentent d'ailleurs pas une réponse adaptée, car les jeunes sont attirés par le salariat, non pas dans des centres de santé tels que nous les connaissions, mais dans des structures créées par des groupes internationaux. Ce phénomène massif, qui va dégrader l'offre de soins et l'accès aux soins de nos compatriotes, n'est malheureusement pas abordé par la proposition de loi.

Voilà pourquoi, même si nous saluons quelques avancées, nous estimons que ce texte n'apporte pas une réponse satisfaisante à la question posée.

**Mme Nadia Sollogoub, sénateur.** – Je remercie Frédéric Valletoux pour cette proposition de loi bienvenue au moment où l'ensemble de nos administrés expriment des inquiétudes de plus en plus vives quant à leurs difficultés à accéder aux soins.

Les ressources humaines restent le problème principal : au-delà des déclarations et des intentions, nous devons déterminer des déclinaisons concrètes sur le terrain en termes de délégation de tâches, de formation et de permanence des soins. Nous souhaitons trouver un accord afin de pouvoir mettre en œuvre les mesures concrètes contenues dans le texte, en respectant les sensibilités de chacun et en avançant de manière constructive.

**M. Nicolas Turquois, député.** – Je fais le même constat que le sénateur Bernard Jomier, mais sans en tirer des conclusions identiques.

Certes, ce texte ne répond pas à tous les enjeux en matière de santé, mais il contient des avancées. Pour reprendre l'exemple de la démocratie sanitaire, j'observe que les CTS, auxquels je participe parfois, permettent *a minima* aux acteurs de santé d'un territoire de se connaître, d'interagir et donc de contribuer à développer un exercice coordonné de la médecine.

Nous aurions pu aller plus loin, par ailleurs, dans les zones mieux dotées, en accentuant la régulation pour certains professionnels libéraux. Je pense, en outre, que nous devons étudier la question de la régionalisation des examens d'accès aux études médicales, car les praticiens qui s'installent dans un territoire très rural tel que le mien en sont originaires. À titre d'illustration, la faculté de Poitiers compte 50 % d'étudiants bordelais refusés dans la faculté de leur ville d'origine, dans laquelle ils retournent dès la fin de leurs études.

Les avancées du texte sont intéressantes, notamment sur les Padhue ; je le voterai.

**M. Yannick Neuder, député.** – Je partage l'opinion du sénateur Bernard Jomier sur le fait qu'une loi de programmation pluriannuelle dédiée à la santé serait bienvenue, afin de traiter de la problématique de la formation des professionnels de santé : nous peinons à former un nombre de médecins équivalent à celui des années 1970, alors que la population s'est accrue d'environ 15 millions d'habitants, que le rapport au travail des professionnels de santé a considérablement évolué et que, par ailleurs, l'offre de soins a notablement changé en raison du vieillissement de la population.

Concernant les CTS, j'entends les propos de M. Turquois, mais j'estime qu'il faut s'assurer que ces instances associent les représentants adéquats des professions, un léger décalage existant parfois entre ces derniers et les professionnels sur le terrain. En tout état de cause, conforter le rôle des CTS me semble aller dans le bon sens.

Il me paraît sage, en outre, de n'avoir pas rendu obligatoire, pour les acteurs de santé, le mécanisme des CPTS. Il faut créer les conditions du dialogue et de la coopération, sans l'imposer.

J'en viens à l'article 3 *bis* A et au médecin coordonnateur, en me félicitant d'une évolution attendue que j'avais proposée dans le PLFSS pour 2023 et que nous avons également évoquée dans la proposition de loi Bien-vieillir. Le fait de doter ce médecin du pouvoir de prescription, afin d'éviter les hospitalisations inutiles, va à la fois rendre un grand service aux patients des Ehpad et soulager les urgences hospitalières.

Autre élément positif, le rôle de l'infirmier diplômé d'État (IDE) référent a été rappelé.

En revanche, je reste vigilant sur les GHT, me méfiant d'un excès de mutualisation qui, au nom de l'efficacité, entraîne une perte de proximité des directions d'établissements. Le problème se pose particulièrement quand ces GHT regroupent un établissement important et de plus petites structures, ces dernières ayant elles aussi besoin d'un management de proximité.

Veillons, enfin, à ne pas considérer que tous les centres de soins non programmés sont soumis à une logique de financiarisation excessive, comme l'a affirmé le sénateur Bernard Jomier. Il s'agit parfois non seulement d'un mode d'exercice pour des médecins qui viennent d'achever leurs études, mais aussi de la seule solution permettant d'assurer une offre de soins dans certains territoires en l'absence de structures d'hospitalisation et lorsque la permanence des soins n'est pas assurée.

De plus, nous pouvons distinguer les centres de soins non programmés qui concurrencent de manière déloyale les médecins hospitaliers des services d'urgence sur des horaires classiques de journée, de ceux qui assurent une véritable permanence des soins en fonctionnant sept jours sur sept avec des horaires décalés allant jusqu'à la fin de la nuit. Vous avez bien fait de soulever le sujet, mais nous devons le traiter au prisme de cette différenciation.

**M. Guillaume Garot, député.** – Ce texte contient à l'évidence des dispositions utiles pour ce qui relève de la mise en œuvre territoriale des politiques de santé. Néanmoins, pour audacieux, agiles et imaginatifs que sont les territoires, ne laissons pas penser que toutes les solutions aux défis immenses de notre système de santé, qui ne répond pas aujourd'hui aux attentes des patients, pourront venir de l'échelon local.

Le sénateur Nadia Sollogoub a pointé le problème des ressources humaines. Pour le dire autrement, nous sommes confrontés à un problème de répartition des ressources humaines disponibles à l'échelle nationale. C'est la raison pour laquelle nous sommes quelques-uns ici – députés et sénateurs – à considérer que la régulation de l'installation est l'une des réponses indispensables aux besoins de santé existants. Si la disposition ne figure pas dans le texte que nous examinons ce matin, le sujet a donné lieu à un débat dans les deux assemblées.

Outre les avancées que contient ce texte, des points de discussion existent, notamment sur la finalité du diagnostic de santé. Nous avons retenu, à l'Assemblée nationale, l'idée d'un indicateur territorial de l'offre de soins (Itos), afin de pouvoir comparer l'état de l'offre et les besoins de santé sur l'ensemble des territoires.

Un autre sujet d'importance est celui de la permanence des soins. Nous savons que ceux qui acceptent de s'engager pour la garantir s'exposent à une lourde charge. Nous devons la répartir au mieux, ce qui posera la question de l'inévitable engagement des médecins libéraux.

Le dernier point a été évoqué par Yannick Neuder : la question de la priorisation des besoins de santé dans la détermination de l'offre de formation à l'échelle des territoires est laissée en suspens dans le texte qui nous est soumis.

Nous souhaitons que la proposition de loi ne s'en tienne pas à des intentions et à des ambiguïtés. Si nous voulons être utiles au pays, nous devons à l'évidence franchir une véritable étape dans la réforme de notre système de santé.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Mon intervention s'inscrit dans le prolongement de celle de Guillaume Garot, ce qui n'a rien d'étonnant dans la mesure où nous appartenons au même groupe de travail transpartisan à l'Assemblée nationale.

Nonobstant l'échec de ce texte à être le véhicule de la régulation – et non pas de la coercition – de l'installation des professionnels de santé, je souligne qu'il résulte largement d'un processus de coconstruction à l'Assemblée nationale, un terme que j'emploie plutôt rarement en tant que député de la France insoumise s'agissant de relations avec les élus de la majorité. Cette coconstruction a été rendue possible à la fois par les qualités de Frédéric Valletoux et par les propositions d'un groupe de travail transpartisan.

Ce travail commun a pu être mené grâce à un fil rouge que nous avons peut-être un peu perdu de vue en chemin, justifiant l'impression de dispersion évoquée par nos collègues du Sénat. Ledit fil rouge correspondait à la capacité à réguler le temps médical disponible – et non pas les formes d'installation – *via* plusieurs amendements adoptés à une très large majorité, avec l'avis favorable de Frédéric Valletoux. Je pense notamment à l'obligation de garantir la permanence des soins et à la mise en place d'un indicateur à caractère statistique de l'offre de soins, qui permet justement de surmonter l'une des faiblesses du texte, à savoir un raisonnement basé sur l'échelle de territoires qui, par leur découpage, peuvent éprouver des difficultés à répartir l'offre de soins. L'indicateur visait ainsi à bâtir une comparaison entre territoires et à apporter des réponses, à la fois sur l'offre de soins et sur l'anticipation de leurs capacités.

J'y ajoute la question du préavis de départ, ainsi que celle de la priorisation des besoins de santé dans l'ouverture des places et des capacités. En résumé, un ensemble de dispositions me semblait acter un retour de la puissance publique en matière d'offre de soins, qu'il s'agisse de son organisation, de sa qualité, de sa quantité ou de sa répartition, mais qui n'est plus forcément présent dans le texte qui nous est présenté ce matin.

**M. Jean-François Rousset, député.** – Nous partageons le diagnostic sur notre système de santé : d'un côté, les jeunes médecins ne sont pas encore en nombre suffisant pour irriguer l'ensemble de nos territoires et veulent travailler dans des conditions différentes ; de l'autre, les personnels soignants ont exprimé leur souffrance au travail, tandis que les usagers du système de santé se montrent très exigeants, sur fond de vieillissement de la population.

Nous avons choisi, après la loi Rist, d'avancer pas à pas. Le texte élaboré par Frédéric Valletoux vient compléter le dispositif en permettant de gagner du temps médical, enjeu essentiel et concret bien éloigné de la coercition et de l'obligation d'installation prônée par certains, qui nous paraît inopportune. D'autres mécanismes de bon aloi permettront de gagner en souplesse et d'améliorer l'organisation territoriale afin d'assurer la permanence des soins.

Au-delà des nombreuses avancées de cette proposition de loi, le problème de la formation des personnels soignants et des médecins reste posé, mais nécessite une réflexion de fond, car il concerne à la fois l'université, le système hospitalier et les praticiens de ville. Je suis très attaché à cette réflexion et j'ai déjà constitué un groupe de travail dédié, bien qu'il ne soit pas encore transpartisan.

Nous soutiendrons cette proposition de loi, qui constitue une étape supplémentaire dans l'amélioration du fonctionnement de notre système de santé.

#### EXAMEN DES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION

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

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – L'article 1<sup>er</sup> vise à renforcer la capacité d'action des acteurs locaux pour mieux faire vivre la démocratie en santé à l'échelle locale. J'exprime ma confiance dans la nouvelle instance des CTS, dès lors qu'on lui confie des missions précises, notamment la permanence des soins et la lutte contre les déserts médicaux.

À cette fin, la proposition commune de rédaction n° 1 a pour objet de faire participer le CTS à l'élaboration des projets territoriaux de santé portés par les différents acteurs, notamment les hôpitaux et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

*La proposition commune de rédaction n° 1 des rapporteurs est adoptée.*

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Afin de renforcer les missions du CTS et de mieux l’associer à l’élaboration et au suivi des projets territoriaux de santé, la proposition commune de rédaction n° 2 prévoit que ce conseil évalue régulièrement la mise en œuvre des projets territoriaux de santé, sur la base d’objectifs prioritaires qu’il lui reviendra de définir en matière d’accès aux soins, de permanence des soins et d’équilibre territorial de l’offre de soins, objectifs en fonction desquels il pourra réaliser son évaluation.

*La proposition commune de rédaction n° 2 des rapporteurs est adoptée.*

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – La proposition commune de rédaction n° 3 tend à rétablir, dans sa rédaction initialement votée par l’Assemblée nationale, les pouvoirs que les directeurs généraux des ARS peuvent exercer pour mettre en œuvre les missions qui relèvent du CTS s’ils constatent la carence des acteurs de leur territoire.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Il ne s’agit pas, à proprement parler, de la rédaction initiale de l’Assemblée nationale, car une phrase a disparu, à laquelle nous tenions : elle ménageait à l’ARS la possibilité de salarier des médecins volontaires. La disposition correspondait aux demandes de certains professionnels de santé, de territoires, ainsi que de directeurs et directrices généraux d’ARS qui jugeaient cet outil pertinent pour répartir au plus juste l’offre de soins.

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Cette rédaction n’était pas exempte d’ambiguïté. Le retrait de la disposition n’empêche pas la solution qui consiste à recourir au salariat.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Sans toutefois que l’ARS apporte son financement, ce qui était le sens de l’alinéa qui a disparu...

*La proposition commune de rédaction n° 3 des rapporteurs est adoptée.*

*L’article 1<sup>er</sup> est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 2 bis**

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – La proposition commune de rédaction n° 4 supprime la demande de rapport introduite par le Sénat afin d’évaluer les effets de la limitation à une fois tous les dix ans de l’octroi de certaines aides aux professionnels de santé.

*La proposition commune de rédaction n° 4 des rapporteurs est adoptée.*

*L’article 2 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

**Article 2 ter (supprimé)**

*L'article 2 ter est supprimé.*

**Article 2 quater A (nouveau)**

*L'article 2 quater A est supprimé.*

**Article 2 quater B (nouveau)**

*L'article 2 quater B est supprimé.*

**Article 2 quater C (nouveau)**

*L'article 2 quater C est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 2 quater**

*L'article 2 quater est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve d'une modification rédactionnelle.*

**Article 2 quinquies**

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition commune de rédaction n° 5 prévoit que le diagnostic territorial de santé constitue un outil de pilotage destiné à aider les acteurs du CTS à définir le cadre de leur action et à juger, au fil du temps, des effets des décisions prises. Il doit objectiver les inégalités territoriales de santé et s'appuyer sur des données fiables et actualisées, grâce à un travail de remise à jour périodique par l'ARS.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Je me prononce contre l'adoption de cette proposition de rédaction qui me semble opérer un pas de côté très important par rapport aux intentions initiales formulées à l'Assemblée nationale.

Nous souhaitons en effet disposer d'un indicateur statistique, consultable trimestre par trimestre ou année par année, qui nous offre des éléments de comparaison terme à terme entre les territoires. On ne nous propose ici qu'un rapport territorial qui, selon les endroits, sera plus ou moins succinct et qui ne permettra pas immédiatement un tel exercice comparatif. Moins-disante que la rédaction antérieure, cette version du texte ne me paraît pas propice à l'objectivation des données relatives à l'offre de santé ainsi qu'aux conditions sociales d'accès des publics aux soins et à la santé.

**M. Guillaume Garot, député.** – Je partage la déception d’Hadrien Clouet. À l’Assemblée nationale, nous avons voté un indicateur territorial de l’offre de soins, afin d’être capables d’objectiver réellement cette offre et la désertification médicale à l’échelle nationale.

Nombre de données existent, mais elles ne s’agrègent pas forcément entre elles. Des données démographiques doivent être mises en relation avec des données de santé et avec des données géographiques. La prévalence des pathologies selon l’âge n’est pas, par exemple, la même d’une région à l’autre.

Un indicateur territorial rendait possible ce travail d’agrégation des données et, par suite, des comparaisons entre les territoires à l’échelle nationale. Véritable outil d’aide au pilotage de nos politiques de santé, un tel indicateur permettrait d’engager localement les meilleures politiques possibles. Nous ne trouvons là qu’un diagnostic, une photographie, une monographie, qui risque de ne valoir que pour le territoire auquel il se rapporte.

**Mme Émilienne Poumirol, sénatrice.** – Au Sénat, notre groupe avait défendu la création de cet indicateur, pour les raisons qui viennent d’être évoquées, et nous regrettons qu’il ait disparu du texte. Nous avons également souligné la nécessité de reconsidérer régulièrement les zonages.

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Hadrien Clouet et Guillaume Garot ont eu raison de rappeler la position de départ de l’Assemblée nationale. À l’arrivée, celle du Sénat avait consisté en une suppression pure et simple de l’article.

Dans un esprit constructif, avec Corinne Imbert, nous avons trouvé cette voie de passage. Le texte dispose que les données qui figureront dans le diagnostic seront mises en perspective « au regard des situations régionale et nationale ». Le diagnostic comportera donc des éléments de comparaison qui permettront d’évaluer chaque territoire par rapport à une échelle plus vaste. Cela me semble satisfaire la volonté initialement exprimée.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Des exemples de ce type de document existent. Je mets au défi quiconque de comparer deux territoires à partir des diagnostics territoriaux de Pôle emploi ! Je crains qu’on ne retrouve ici ce genre de document, peu opérationnel.

*La proposition commune de rédaction n° 5 des rapporteurs est adoptée.*

*L’article 2 quinquies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 2 sexies**

*L’article 2 sexies est adopté dans la rédaction du Sénat.*

## *Article 2 octies*

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Afin de ne pas imposer aux professionnels salariés un préavis incompatible avec les règles encadrant aujourd’hui les cessations de contrat, notamment par démission, la proposition de rédaction commune n° 6 apporte deux modifications. Elle restreint, d’une part, l’application du préavis de six mois aux seuls professionnels libéraux conventionnés. Elle prévoit, d’autre part, que les centres de santé qui emploient des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes doivent communiquer à l’ARS et au conseil de l’ordre concerné, dès qu’ils en ont connaissance, l’intention des professionnels concernés de cesser leur activité. De cette manière, les délais de préavis applicables à ces professionnels salariés demeureront ceux de leurs contrats de travail.

**M. Bernard Jomier, sénateur.** – Le délai de préavis de six mois s’appliquera-t-il aux centres de santé ?

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Ce délai de six mois concerne uniquement les professionnels de santé libéraux. Le texte qui nous est d’abord parvenu de l’Assemblée nationale concernait à la fois les libéraux et les salariés. Nous avons, au Sénat, réduit le délai à trois mois pour ces derniers, afin de nous conformer au droit du travail.

**M. Yannick Neuder, député.** – Je me satisfais de l’accord trouvé entre l’Assemblée nationale et le Sénat. Mais du point de vue de son application, j’attire l’attention sur le fait que la mobilité du médecin est conditionnée par l’emploi du conjoint. Six mois imposent à celui-ci peu de temps pour s’adapter à une nouvelle situation.

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Le texte ne prévoit aucune sanction au non-respect du délai de prévenance, de sorte que toutes les situations – mutations, maladies – pourront être entendues, et j’espère que le bon sens l’emportera.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Pour rassurer notre collègue Yannick Neuder, et l’inciter à voter une prochaine fois la formulation proposée à l’Assemblée nationale, je signale que le texte s’accompagnait d’une liste de cas exonérant de l’obligation de préavis. Elle incluait ceux que nous évoquons ici.

**Mme Émilienne Poumirol, sénatrice.** – Si je comprends bien, nous nous contentons d’un affichage de belles intentions. En pratique, faute de sanction et de pénalités, et s’il est loisible de rattacher la plupart des situations à de possibles cas de dérogations, les délais de préavis risquent de rester des vœux pieux.

*La proposition commune de rédaction n° 6 des rapporteurs est adoptée.*

*L’article 2 octies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

**Article 2 nonies (supprimé)**

*L'article 2 nonies est supprimé.*

**Article 2 decies**

*L'article 2 decies est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve de modifications rédactionnelles.*

**Article 2 undecies**

*L'article 2 undecies est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 3 (supprimé)**

*L'article 3 est supprimé.*

**Article 3 bis AA (nouveau)**

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Lors de l'examen de la proposition de loi en séance publique, le Sénat a adopté l'article 3 bis AA visant à faciliter la fermeture par le directeur général de l'ARS de centres de santé déviants dans le cas où la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) aurait décidé de déconventionner la structure.

La proposition commune de rédaction n° 7 tend à conforter juridiquement le dispositif proposé, en veillant à l'effective motivation de la sanction prononcée au regard des éléments déjà instruits par la CPAM et portés à la connaissance du directeur général de l'ARS, et à assurer sa cohérence avec le régime de sanctions prévu à l'article L. 6323-2-12 du code de la santé publique.

*La proposition commune de rédaction n° 7 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 3 bis AA est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

**Article 3 bis A**

*L'article 3 bis A est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve de modifications rédactionnelles.*

**Article 3 bis B**

*L'article 3 bis B est adopté dans la rédaction du Sénat.*

### **Article 3 bis C**

*L'article 3 bis C est adopté dans la rédaction du Sénat.*

### **Article 3 bis D**

*L'article 3 bis D est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve d'une modification rédactionnelle.*

### **Article 3 bis**

*L'article 3 bis est adopté dans la rédaction du Sénat.*

### **Article 4**

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – La proposition commune de rédaction n° 8 reformule la disposition relative au régime assurantiel des professionnels de santé qui décident de contribuer à la permanence des soins hors de leur établissement d'exercice, qu'elle déplace en outre à l'alinéa 4 de cet article.

Elle vise par ailleurs à corriger à l'alinéa 7 un doublon issu d'une erreur matérielle.

*La proposition commune de rédaction n° 8 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 4 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 4 bis A (nouveau)**

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition commune de rédaction n° 9 a pour objet de clarifier la formulation introduite par le Sénat et d'assurer la cohérence du texte consolidé de l'article 4 bis A qui vise à préciser les conditions particulières qui peuvent être exigées en contrepartie d'une autorisation d'activité accordée à un établissement de santé, en faisant expressément figurer l'organisation de la permanence des soins.

*La proposition commune de rédaction n° 9 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 4 bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 4 bis B (nouveau)**

*L'article 4 bis B est adopté dans la rédaction du Sénat.*

*Article 4 bis (supprimé)*

**Mme Mathilde Hignet, députée.** – Nous sommes déçus par le recul opéré sur la permanence des soins. Environ un tiers seulement des professionnels de santé assurent cette permanence. Nous souhaitons la répartir équitablement entre l'ensemble des médecins, de façon que la charge de travail ne repose pas uniquement sur ceux qui l'acceptent de manière volontaire.

**Mme Émilienne Poumirol, sénatrice.** – Notre groupe avait défendu au Sénat une permanence des soins ambulatoires ainsi qu'une permanence des soins en établissements de santé (PDSES) auxquelles devaient obligatoirement participer les établissements de santé privés. Nous exprimons également notre déception devant un texte qui ne reprend pas cette obligation, en particulier en matière de PDSA. Depuis que la loi Mattei a fait reposer la permanence des soins sur le volontariat individuel, seuls 38 % des médecins participent aux gardes. Nous soutenons une obligation collective, applicable à l'échelle d'un territoire.

**M. Guillaume Garot, député.** – Je regrette la présente rédaction et je comprends mal comment nous expliquerons aux patients que nous nous refusons à généraliser la permanence des soins qui a existé jusqu'en 2003 sans poser de problème particulier. Sans doute, à l'époque, un mouvement syndical a-t-il conduit à la remettre en cause.

Dire que nous n'envisageons pas la possibilité d'une telle généralisation revient à reconnaître que nous restons à côté des enjeux réels. Étendre l'obligation aux établissements de santé privés, comme les cliniques, représente certes une avancée, qu'il convient de saluer ; mais donner un tant soit peu de contenu au texte de la proposition de loi que nous examinons implique de généraliser l'obligation à l'ensemble des médecins.

De plus, nous apporterions là une réponse aux professionnels de santé qui redoutent d'assurer la permanence des soins pour des raisons tenant à la charge de travail qu'elle engendre. Cette charge est d'autant plus lourde que certains ne veulent pas contribuer à la permanence des soins ! La généraliser de façon collective à tous les professionnels de santé, y compris les généralistes de la médecine de ville, ainsi que le prévoyait l'Assemblée nationale, répartit beaucoup plus équitablement la charge de travail. Une telle approche apporte également une réponse aux attentes des patients.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Dans le même ordre d'idées, la régulation de l'installation des professionnels de santé me paraissait un compromis acceptable, porteur d'une solution plutôt utile et efficace, tant pour les patients que pour les professionnels des services d'urgences qui, aujourd'hui, assurent de fait la permanence des soins. L'Assemblée nationale a reculé sur ce point.

Par un jeu de redistribution du temps médical disponible, la permanence des soins est une manière de répondre aux files d'attente qui engorgent les établissements publics de santé.

**M. Nicolas Turquois, député.** – Je partage la même analyse et vous avouerais ma perplexité quant à mon vote sur cet article. J'entends la position des professionnels de santé, mais la PDSA a existé dans les territoires ruraux et dans les villes. Les gens s'en souviennent et comprennent mal que nous n'avancions pas sur le sujet. De nos jours, la permanence des soins repose sur un nombre trop restreint de professionnels.

**Mme Florence Lassarade, sénatrice.** – La permanence des soins se révèle complexe à organiser du fait d'une pénurie de volontaires. On a supprimé en 2003 l'obligation qui la concernait et il apparaît très difficile de revenir sur cette suppression, d'autant que nous voyons vieillir la population des professionnels de santé. Je connais des confrères qui, à 70 ans, n'envisagent plus d'assurer des gardes de nuit.

Cependant, les établissements de soins hospitaliers privés soulignent qu'une permanence de soins existe malgré tout pour les malades chroniques, par exemple certains cancéreux.

**M. Sébastien Peytavie, député.** – Le sujet de la permanence des soins est essentiel dans le texte que nous examinons.

Si nous avons été déçus de ne pas enregistrer d'avancée quant à la régulation de l'installation des professionnels de santé, l'enjeu tient pour beaucoup à l'âge de nombre de médecins. La profession se féminise également. Nous constatons que ceux qui acceptent aujourd'hui la permanence des soins au titre du volontariat en arrivent à une forme d'épuisement et nous savons que nous pâtirons d'une pénurie de médecins pendant encore une dizaine d'années.

Le meilleur, mais aussi le seul moyen d'assurer la permanence des soins, consiste à y impliquer absolument tout le monde, afin d'assurer une juste répartition de la charge de travail sur l'ensemble du territoire.

**Mme Nadia Sollogoub, sénateur.** – Distinguons la théorie et la pratique.

En ce qui concerne la médecine de ville, dans un département comme la Nièvre, tous les médecins sont volontaires pour assurer la permanence des soins. Malheureusement, la régulation s'y révèle très mal organisée : elle est décentralisée à Dijon, où l'on envoie tous les patients aux urgences.

Ce n'est donc pas parce que les médecins de ville ne veulent pas prendre des gardes que la permanence des soins ne fonctionne pas. Certaines situations se règlent, non par la loi, mais par des simplifications administratives et une fluidification des dispositifs.

Si vous instauriez une permanence des soins obligatoire, votre décision ferait sourire les praticiens de la Nièvre...

**M. Bernard Jomier, sénateur.** – Un principe doit faire consensus : participer à la permanence des soins est consubstantiel à la condition de soignant et, en particulier, à l'exercice de la médecine de ville.

Mais, dans le détail, à quoi la permanence des soins correspond-elle ? Des médecins arrêtent leurs consultations à 18 heures, d'autres les assurent jusqu'à 20 heures. Vaut-il mieux que ces derniers terminent leur journée de travail ordinaire à 18 heures, en échange d'un créneau exceptionnel de 21 heures à minuit durant lequel, peut-être, ils ne verront personne ? Pareillement, les consultations du samedi matin concourent-elles à la permanence des soins ? En l'état, la réglementation ne leur reconnaît pas cette qualité, bien que des organisations de soignants attirent de longue date notre attention sur le fait que cela n'est pas juste. Certains professionnels, dans leur exercice quotidien et sans se rendre à la maison médicale de garde, prennent assurément leur part dans la permanence des soins.

Nous devons nous méfier des mesures qui aggraveraient la situation. Or la détermination de ce qu'est, effectivement, la permanence des soins reste malaisée.

Nous avons suggéré une forme de compromis, que le Sénat n'a pas retenu. Elle consistait à rappeler l'obligation de participer à la permanence des soins, en y mettant une borne d'âge à 55 ans. On demande en effet aux soignants de travailler de plus en plus longtemps, mais le travail de nuit ne convient manifestement plus aux organismes au-delà d'un certain âge.

**M. Guillaume Garot, député.** – À l'Assemblée nationale, le groupe transpartisan avait émis l'idée de mieux répartir la charge de travail entre tous les professionnels, afin qu'elle soit plus supportable pour chacun. Nous proposons de plus que l'obligation soit collective, à charge ensuite pour les territoires de s'organiser. Tel est d'ailleurs bien le sens du texte que nous examinons ce matin. Je trouverais dommage que nous écartions la possibilité d'une organisation collective et obligatoire de la permanence des soins à l'échelle des territoires.

Par ailleurs, je rejoins Bernard Jomier pour dire que, au-delà de 55 ans, la fatigue s'installe et que l'on peut alors comprendre, humainement, le peu d'appétence pour participer aux gardes.

**M. Yannick Neuder, député.** – La féminisation des professions médicales et l'évolution du rapport au travail sont les principaux facteurs qui nous amènent à nous interroger sur la permanence des soins.

Il y a vingt ans, finir à 20 heures le soir ne posait aucun problème. C'est désormais différent, avec une charge familiale beaucoup mieux répartie entre les hommes et les femmes : exercer dans le créneau de 18 à 20 heures ne va plus de soi quand se présente l'obligation d'aller récupérer les enfants à 18 heures. Il faut accepter de l'entendre : 70 % de mes internes sont des femmes et je constate que le créneau 18-20 heures est, pour elles, un véritable sujet. Il en va de même du samedi matin. À l'hôpital, nous avons pendant longtemps assuré sans difficulté une permanence le samedi matin ; depuis quelques années, et notamment avec les 35 heures, les choses ont changé. Quand le week-end commence-t-il ? Le conjoint occupe ici une place centrale : s'il pose une demi-journée de RTT le vendredi, le soignant a du mal à justifier auprès de lui sa présence au travail le vendredi après-midi ; et c'est encore plus vrai le samedi matin, quand son travail ne fait pas l'objet d'une rémunération spécifique.

**M. Jean-François Rousset, député.** – Il me semble que tous les médecins ont à cœur d'assurer la permanence des soins. Elle fait partie de leur engagement. C'est l'exercice individuel qui la rend difficile. De ce point de vue, toutes les mesures que nous avons prises, destinées à encourager l'exercice en commun, faciliteront l'implication des médecins dans l'organisation de la permanence des soins.

Quand cette organisation n'existe pas directement, les services d'accès aux soins (SAS) prennent le relais. Celui de l'Aude, que j'ai visité, est un modèle du genre. Ces services reposent le plus souvent sur la volonté, bien réelle, des professionnels. La quasi-totalité des médecins généralistes s'est organisée en ce sens. Ce système permet de dégager du temps médical et de la place pour les véritables urgences.

Ne l'ignorons pas et ne cherchons pas, non plus, à vouloir toujours tout encadrer !

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Je fais confiance aux professionnels. La permanence des soins le soir, et jusqu'à une heure avancée, est assurée dans 95 % ou 96 % des territoires, même si tous les professionnels n'y participent pas. Nous pouvons discuter de la nuit profonde, mais celle-ci renvoie à un nombre de situations beaucoup plus limité. Pourquoi, dans ces conditions, bousculer ce qui fonctionne ?

Dans les faits, avec la mise en place de plus en plus fréquente d'exercices coordonnés, ce sont les médecins plus âgés qui entraîneront leurs jeunes confrères et consœurs – de jeunes pères ne veulent pas non plus travailler au-delà de 18 heures ! – à prendre leur part à la permanence des soins. Et il n'est pas forcément besoin de l'inscrire dans la loi.

Le Sénat a supprimé cet article parce qu'il y a six mois nous avons déjà voté, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi de la députée Stéphanie Rist, l'article sur la responsabilité collective des professionnels de santé à la permanence des soins, en y ajoutant les infirmières et les sages-femmes. Et je crois que les professionnels de terrain ne refuseront pas cette responsabilité.

Il ne faut pas que le dispositif que nous arrêterons se révèle contre-productif. Aujourd'hui, la médecine générale est l'antépénultième spécialité choisie parmi les quarante-quatre spécialités qui s'offrent aux médecins en formation. Mettre une borne d'âge à l'obligation de permanence des soins conduira au désengagement des médecins les plus âgés.

N'est-il pas préférable de conserver un système où un médecin ne participe certes pas à la permanence des soins le soir, mais ouvre son cabinet le samedi matin ?

Nous n'améliorerons pas l'accès aux soins sans les professionnels de santé et, en particulier, sans les médecins généralistes.

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** - Je partage le constat selon lequel la permanence des soins ne fonctionne pas en médecine ambulatoire, ou qu'elle ne correspond pas au besoin. Cependant, l'ordre des médecins considère que, lorsqu'un seul médecin y participe, le territoire est couvert. C'est déraisonnable, le doublement de la fréquentation des services d'urgences en atteste.

Dans le présent texte, nous progressons significativement sur la permanence des soins dans les établissements de santé.

Corinne Imbert a raison de rappeler qu'il y a quelques mois, nous avons fait évoluer la permanence des soins en médecine ambulatoire en posant le principe d'une responsabilité collective de l'ensemble des professionnels. En outre, l'article 1<sup>er</sup> que nous avons adopté dispose que la mission d'organiser la permanence des soins relève désormais des CTS. Les médecins libéraux, les médecins hospitaliers, les élus locaux, les autorités de régulation, les ordres professionnels, tous les acteurs du système de santé se retrouveront dans cette enceinte pour en discuter. Sans doute, par capillarité, la permanence des soins dépassera-t-elle progressivement la proportion de 40 % de professionnels qui l'assurent actuellement.

Je fais également le pari de la confiance aux professionnels. Avançons, non à coup d'obligations légales, mais en encourageant le débat dans les territoires.

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat. –**

La mention expresse, dans le texte, des ordres professionnels comme parties prenantes des CTS n'était pas indispensable au regard du code de la santé publique, qui ne limite pas la composition de ces conseils. Les représentants des syndicats et des unions régionales des professionnels de santé (URPS) la contestaient, mais nous avons résolument voulu impliquer l'ensemble des acteurs sur le sujet de la permanence territoriale des soins, afin d'améliorer le dispositif. Or les ordres professionnels tiennent les tableaux de garde et nous avons aussi besoin de leur contribution.

*L'article 4 bis est supprimé.*

**Article 5**

*L'article 5 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 5 bis A (nouveau)**

*L'article 5 bis A est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 5 bis**

*L'article 5 bis est adopté dans la rédaction de l'Assemblée nationale.*

**Article 5 ter (supprimé)**

*L'article 5 ter est supprimé.*

**Article 5 quater (supprimé)**

*L'article 5 quater est supprimé.*

**Article 5 quinquies**

*L'article 5 quinquies est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve d'une modification rédactionnelle.*

**Article 6**

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale. –** La proposition commune de rédaction n° 10 vise à préciser les modalités dans lesquelles la personnalité morale peut être attribuée à un GHT hors cas de fusion des établissements parties.

*La proposition commune de rédaction n° 10 des rapporteurs est adoptée.*

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Lors de l'examen du texte en séance publique au Sénat, il a été prévu de soumettre à la délibération du conseil de surveillance des hôpitaux un « contrat de gouvernance » comprenant la charte de gouvernance déjà prévue par le code de la santé publique, assortie d'une « feuille de route stratégique », présentée conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME), relative à la mise en œuvre du projet d'établissement.

La proposition commune de rédaction n° 11 vise, en retenant l'intention d'un renforcement du binôme que forment le directeur et le président de la CME, à simplifier la formulation du dispositif, en soumettant à la délibération du conseil de surveillance les modalités de mise en œuvre du projet d'établissement, lesquelles seront présentées par le directeur et le président de la CME chaque année et concerneront tant l'établissement que ses pôles et services, et en soumettant à l'avis du conseil de surveillance la charte de gouvernance.

*La proposition commune de rédaction n° 11 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 6 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 6 bis A (supprimé)**

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition commune de rédaction n° 12 vise à reformuler les dispositions relatives au changement de périmètre des GHT. En liaison avec l'ARS, un GHT qui s'interroge sur l'utilité et le bien-fondé de son périmètre pourra demander à rejoindre la convention d'un autre GHT.

*La proposition commune de rédaction n° 12 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 6 bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 6 bis B**

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Cet article entend répondre à une difficulté opérationnelle du fait de l'inapplicabilité pour le Sénat des dispositions de la loi de 2021 dite « Rist 1 » concernant la participation de parlementaires au sein des conseils de surveillance des hôpitaux.

Il est ainsi proposé d'alléger la rédaction codifiée afin de supprimer la modalité de désignation par la commission des affaires sociales du Sénat.

La proposition commune de rédaction n° 13 précise la démarche volontaire des parlementaires de la circonscription d'un établissement de santé en vue de la participation au conseil de surveillance de ce dernier.

*La proposition commune de rédaction n° 13 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 6 bis B est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 6 ter**

*L'article 6 ter est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve d'une modification rédactionnelle.*

#### **Article 7**

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Le Sénat a choisi d'intégrer au champ de l'encadrement de l'intérim les établissements médico-sociaux d'enseignement. La proposition commune de rédaction n° 14 vise à préserver cet apport.

*La proposition commune de rédaction n° 14 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 7 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 8**

*L'article 8 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 8 bis A (nouveau)**

*L'article 8 bis A est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 8 ter (nouveau)**

*L'article 8 ter est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve de modifications rédactionnelles.*

#### **Article 8 quater (nouveau)**

*L'article 8 quater est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 9**

*L'article 9 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 10 (supprimé)**

*L'article 10 est supprimé.*

**Article 10 bis**

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat. –**

La proposition commune de rédaction n° 15 vise à reporter l'entrée en vigueur de la réforme projetée de la procédure d'autorisation d'exercice des Padhue à une date fixée par décret et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2025, afin de permettre au Gouvernement de prendre les dispositions réglementaires d'application nécessaires.

Elle permet, en revanche, de fixer sans attendre de nouvelles procédures d'affectation des Padhue en parcours de consolidation des compétences, et supprime à cet effet le principe de l'affectation en fonction du rang de classement. Il est, en effet, nécessaire de permettre aux Padhue bénéficiant des nouvelles attestations temporaires d'être affectés en priorité à l'établissement au sein duquel ils exercent d'ores et déjà.

*La proposition commune de rédaction n° 15 des rapporteurs est adoptée.*

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat. –**

La proposition commune de rédaction n° 16 vise à permettre au Gouvernement de fixer annuellement, dans des conditions définies par des dispositions réglementaires, le nombre de places offertes aux épreuves de vérification des connaissances des Padhue.

*La proposition commune de rédaction n° 16 des rapporteurs est adoptée.*

*L'article 10 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

**Article 10 ter A (nouveau)**

*L'article 10 ter A est adopté dans la rédaction du Sénat, sous réserve de modifications rédactionnelles.*

**Article 10 ter (supprimé)**

*L'article 10 ter est supprimé.*

*Article 10 quater (supprimé)*

**M. Frédéric Valletoux, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Nous étions convenus, lors de nos échanges, que la demande de rapport portant notamment sur le déroulement de l'internat en médecine et les conditions dans lesquelles les étudiants sont pris en charge, et qui avait été soutenue par l'ensemble des groupes à l'Assemblée nationale, soit retenue dans le cadre de la CMP. Aussi, je souhaite le rétablissement de cet article.

**M. Yannick Neuder, député.** – Même si je sais le peu d'appétence du Sénat pour les rapports, je soutiens cette demande. Si vous en décidez autrement, j'intégrerai cette disposition dans la proposition de loi que nous examinerons tout à l'heure à l'Assemblée nationale, car les internes en ont fortement besoin pour prendre leurs décisions.

**M. Hadrien Clouet, député.** – Je plaide moi aussi en faveur de la demande de ce rapport. Les internes font partie des professionnels qui suivent de près les travaux de nos deux assemblées. Dès lors que nous parvenons à une CMP conclusive, il me semble difficile, dans le cadre de ce consensus, de ne pas répondre à leurs attentes. Ce rapport nous permettra ensuite de discuter des évolutions que nous pourrons apporter. Intégrons cette demande dès maintenant !

**M. Jean-François Rousset, député.** – Plus qu'un geste, cet article témoignerait de la considération que nous portons aux internes.

**M. Nicolas Turquois, député.** – Je souscris à cette demande de rapport. En effet, le déroulement de l'internat, la rémunération et les conditions de travail des étudiants posent question. Mais la position commune de Yannick Neuder et d'Hadrien Clouet m'interpelle. Serait-ce dû à la magie du Sénat ?...

**M. Guillaume Garot, député.** – J'invite notre collègue Nicolas Turquois à rejoindre le groupe de travail transpartisan de l'Assemblée nationale ; la magie y opère tout le temps.

L'Assemblée nationale a voté ce rapport, car les internes nous ont fait part de leurs difficultés en termes de conditions de travail, de rémunération. Nous sommes tous d'accord pour le reconnaître, ils portent l'hôpital à bout de bras. Quel signal allons-nous leur envoyer si nous ne retenons pas cet article dans le cadre de cette CMP ? Politiquement, il serait positif de maintenir ce rapport, même si certains d'entre vous nourrissent des doutes sur l'utilité des rapports.

**Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat.** – Je n'ai aucun doute sur l'utilité des rapports ; le Sénat doute de la production des rapports. D'où la position constante de notre commission de les supprimer. Force est de constater que ne disposons jamais des rapports.

Pour autant, j'entends vos arguments et le Sénat n'a pas la volonté de faire un affront aux internes en confirmant la suppression de cet article. Aussi, à titre personnel, suis-je favorable au rétablissement de cet article. Je guetterai ce rapport avec beaucoup d'attention, vous l'imaginez bien, et je le lirai avec minutie...

Je vous rappelle que nous avons étendu précédemment une disposition aux internes du deuxième cycle, ce qui témoigne de notre bienveillance à leur égard.

*L'article 10 quater est rétabli dans la rédaction de l'Assemblée nationale.*

**M. Philippe Mouiller, sénateur, président.** – J'appuie la demande de Mme Imbert de disposer réellement de ce rapport. À titre d'exemple, lors de l'examen du dernier PLFSS par le Sénat, une centaine de demandes de rapport ont été formulées. Le Sénat ne remet pas en cause le bien-fondé de ces rapports, mais les amendements tendant à formuler des demandes de rapport sont souvent l'occasion de prendre la parole sur un sujet. J'observe que seuls deux rapports sur les huit demandés dans le cadre de la LFSS pour 2023 ont été produits, avec beaucoup de retard au demeurant. Si certains d'entre vous peuvent faire œuvre utile en demandant au Gouvernement de remettre vraiment ce rapport au Parlement, alors nous nous féliciterons d'avoir rétabli cet article issu des travaux de l'Assemblée nationale.

**Mme Florence Lassarade, sénatrice.** – J'ai été choquée par les propos de notre collègue Yannick Neuder sur les internes femmes qui iraient chercher leurs enfants à la sortie de l'école. Nous sommes plusieurs ici à avoir fait des semaines de quatre-vingts heures lorsque nous exerçons une profession médicale. Il faut que ce rapport prenne en compte la qualité du service rendu au regard du taux de féminisation de la profession.

**M. Hadrien Clouet, député.** – En accord avec mes collègues du groupe de travail transpartisan, même si nous sommes satisfaits de certaines avancées, sur la permanence des soins, sur les droits donnés à l'ARS sur la salarisation ou sur l'indicateur territorial de l'offre de soins, nos déceptions motiveront un vote contre.

*La commission mixte paritaire adopte, ainsi rédigées, l'ensemble des dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.*

## TABLEAU COMPARATIF

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

#### Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

#### Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

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

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

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1434-9 est ainsi modifié :

1° L'article L. 1434-9 est ainsi modifié :

a) ~~Au 1<sup>o</sup> et au~~ dernier alinéa, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

a) Aux 1<sup>o</sup> et dernier alinéa, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La délimitation des territoires de santé peut être redéfinie par les membres siégeant au sein des conseils territoriaux de santé compétents, en lien avec l'agence régionale de santé, afin d'assurer un équilibre et une solidarité entre les territoires en matière d'accès aux soins. » ;

« La délimitation des territoires de santé peut être redéfinie par les membres siégeant au sein des conseils territoriaux de santé compétents, en lien avec l'agence régionale de santé, afin d'assurer un équilibre et une solidarité entre les territoires en matière d'accès aux soins. » ;

2° L'article L. 1434-10 est ainsi modifié :

2° L'article L. 1434-10 est ainsi modifié :

a) ~~Le I A~~ est ainsi modifié :

a) *(Supprimé)*

~~— après le mot : « responsable », il est inséré le mot : « collectivement » ;~~

~~— après le mot : « optimale », sont insérés les mots : « et de l'accès aux soins » ;~~

~~a bis) (nouveau) Le second alinéa du I est remplacé par quinze alinéas ainsi rédigés :~~

a bis) À la première phrase du second alinéa du I, après les mots : « territoire concerné », sont insérés les mots : « , dont des représentants des conseils des ordres territorialement compétents. » ;

~~« Le conseil territorial de santé est notamment composé :~~

~~« 1<sup>o</sup> Du représentant de l'État dans le département ;~~

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« 2° Du directeur de l'agence régionale de santé ;~~

~~« 3° Des directeurs des organismes locaux d'assurance maladie compétents sur le territoire ;~~

~~« 4° Des députés et sénateurs élus dans le territoire concerné ;~~

~~« 5° De représentants des collectivités territoriales du territoire ;~~

~~« 6° De représentants des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ;~~

~~« 7° De représentants des communautés professionnelles territoriales de santé ;~~

~~« 8° De représentants des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé ;~~

~~« 9° De représentants des professionnels de santé ;~~

~~« 10° Du guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé ;~~

~~« 11° De représentants des usagers.~~

~~« Le conseil territorial de santé est présidé par une personne élue parmi ses membres.~~

~~« Il garantit en son sein la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté et des personnes en situation de handicap.~~

~~« Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale. » ;~~

~~b) Le II est ainsi modifié :~~

~~— après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

b) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« Le conseil territorial de santé élabore le projet territorial de santé et assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de celui-ci, en lien avec l'agence régionale de santé. Il définit notamment les objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins. Il définit également les objectifs prioritaires en matière de prévention et d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. » ;~~

~~— il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Au moins une fois par an, le directeur général de l'agence régionale de santé présente au conseil territorial de santé ses observations sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier. » ;~~

*c) (nouveau)* Le III est ainsi modifié :

~~— la dernière phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ainsi qu'à toute autre zone caractérisée, au moment du diagnostic territorial partagé, par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du présent code » ;~~

~~— la seconde phrase du deuxième alinéa est supprimée ;~~

~~— l'avant-dernier alinéa est supprimé ;~~

~~3° Après le même article L. 1434-10, il est inséré un article L. 1434-10-1 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1434-10-1. — Les professionnels de santé du territoire siégeant au sein du conseil territorial de santé s'organisent pour répondre aux objectifs prioritaires fixés à l'article L. 1434-10. Ils veillent à réduire les inégalités de densité démographique des différentes professions de santé en vue d'atteindre ces objectifs.~~

~~« Si l'organisation proposée ou les ressources disponibles ne permettent pas de répondre aux besoins définis par le diagnostic territorial de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, après consultation du conseil territorial de santé, met en œuvre des mesures pour améliorer l'accès aux soins, en s'appuyant sur :~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Au moins une fois par an, le directeur général de l'agence régionale de santé présente au conseil territorial de santé ses observations sur l'état de santé de la population du territoire, sur l'offre de soins disponible et sur l'organisation de la permanence des soins sur ce dernier. » ;

*c)* Le III est ainsi modifié :

— la dernière phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ainsi qu'à toute autre zone caractérisée, au moment du diagnostic territorial partagé, par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 » ;

— la seconde phrase du deuxième alinéa est supprimée ;

— l'avant-dernier alinéa est supprimé ;

3° *(Supprimé)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« 1° Les établissements de santé publics ou privés, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles ou tout autre acteur du territoire pour proposer une offre de soins de premier recours, le cas échéant en salariant des médecins ;~~

~~« 2° L'organisation de consultations avancées de médecins de premier ou de deuxième recours dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 ;~~

~~« 3° La mise en place de dispositifs incitant à l'installation de professionnels de santé ou soutenant des actions d'amélioration de l'accès aux soins, en lien avec les collectivités territoriales et le guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé mentionné au 3° de l'article L. 1432-1 ;~~

~~« 4° La mobilisation des dispositifs conventionnels mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. » ;~~

4° (nouveau) Le second alinéa de l'article L. 1441-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « démocratie sanitaire prévus au 1° de l'article L. 1434-9 et de l'autonomie » sont remplacés par les mots : « santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1441-2 » ;

5° (nouveau) Au 4° de l'article L. 1442-1, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

6° (nouveau) Au 1° de l'article L. 1442-3, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

7° (nouveau) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1442-5, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

8° (nouveau) Au III des articles L. 1443-1, L. 1444-1 et L. 1445-1, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° Le second alinéa de l'article L. 1441-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « démocratie sanitaire prévus au 1° de l'article L. 1434-9 et de l'autonomie » sont remplacés par les mots : « santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1441-2 » ;

5° Au 4° de l'article L. 1442-1, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

6° Au 1° de l'article L. 1442-3, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

7° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1442-5, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

8° Au III des articles L. 1443-1, L. 1444-1 et L. 1445-1, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

9° (*nouveau*) Au VI de l'article L. 1446-1, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

10° (*nouveau*) À l'article L. 5511-2, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

11° (*nouveau*) À la première phrase et à la fin de la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 5511-3, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé ».

II. – Les 1°, 2° et 4° à 11° du I s'appliquent à compter du premier jour du dixième mois suivant la promulgation de la présente loi.

#### Article 2 (Supprimé)

##### Article 2 bis (*nouveau*)

Les professionnels de santé ayant bénéficié des aides à l'installation et des exonérations suivantes ne peuvent à nouveau y être éligibles qu'à l'expiration d'un délai de dix ans :

1° Les aides à l'installation mentionnées à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales ~~et à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique~~ ;

2° Les exonérations prévues à l'article 44 *quindecies* du code général des impôts ;

3° Les aides financières à la ~~primo installation~~ au titre de la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Un décret détermine les conditions d'application du présent article.

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

9° Au VI de l'article L. 1446-1, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

10° À l'article L. 5511-2, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé » ;

11° À la première phrase et à la fin de la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 5511-3, les mots : « démocratie sanitaire » sont remplacés par le mot : « santé ».

II. – (*Non modifié*)

#### Article 2 (Suppression conforme)

##### Article 2 bis

Les professionnels de santé ayant bénéficié des aides à l'installation et des exonérations relevant des catégories suivantes ne peuvent à nouveau être éligibles aux aides à l'installation et aux exonérations relevant de la même catégorie qu'à l'expiration d'un délai de dix ans :

1° Les aides à l'installation mentionnées à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales ;

2° Les exonérations prévues aux articles 44 *sexies*, 44 *octies* A, 44 *duodecies*, 44 *terdecies* et 44 *quindecies* du code général des impôts ;

3° Les aides financières à l'installation au titre de la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Un décret détermine les conditions d'application du présent article.

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

### Article 2 *ter* (nouveau)

Le code général de la fonction publique est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 512 7, les mots : « , 7° et 8° » sont remplacés par les mots : « et 7° » ;

2° L'article L. 512 8 est complété par des 8° et 9° ainsi rédigés :

« 8° D'un médecin exerçant dans un cabinet libéral situé dans une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434 4 du code de la santé publique, sous réserve qu'il ait changé de résidence professionnelle depuis moins de trois mois et participe à la mission de service public mentionnée à l'article L. 6314 1 du même code ;

« 9° D'une maison de santé mentionnée à l'article L. 6323 3 dudit code située dans une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434 4 du même code, sous réserve que plus de la moitié des médecins y exerçant participent à la mission de service public mentionnée à l'article L. 6314 1 du même code. » ;

3° Après le même article L. 512 8, il est inséré un article L. 512 8 1 ainsi rédigé :

« Art. L. 512 8 1. La mise à disposition prévue aux 8° et 9° de l'article L. 512 8 est prononcée pour une durée qui ne peut excéder trois mois, renouvelable deux fois. »

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

Dans un délai d'un an après la publication du décret pris en application du présent article, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les effets de ce dernier. Ce rapport d'évaluation est assorti de propositions d'amélioration pour lutter contre le nomadisme des professionnels de santé et évaluée, s'il y a lieu, l'opportunité de la mise en place d'une base de données nationale enregistrant notamment les professionnels de santé ayant bénéficié des aides mentionnées au 1°.

### Article 2 *ter* (Supprimé)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 2 quater A (nouveau)**

Au premier alinéa de l'article L. 1225-61 du code du travail, les mots : « constatés par certificat médical » sont remplacés par les mots : « attestés sur l'honneur ».

**Article 2 quater B (nouveau)**

Le code du sport est ainsi modifié :

1° L'article L. 231-2 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi rédigé :

« I. – Pour les personnes majeures, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonné à l'attestation du renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur. Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical, l'obtention ou le renouvellement de licence nécessite la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. » ;

b) Le II est abrogé ;

2° L'article L. 231-2-1 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi rédigé :

« II. – Pour les personnes majeures non licenciées, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'inscription est subordonnée au renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur.

« Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical, l'inscription à une compétition sportive nécessite la présentation d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. » ;

b) Le III est abrogé.

**Article 2 quater C (nouveau)**

L'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

### Article 2 *quater* (nouveau)

L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est ainsi modifié :

1° Après la dernière occurrence du mot : « à », sont insérés les mots : « , respectivement, soixante-quinze et » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les reports de limite d'âge mentionnés au premier alinéa du présent article sont également applicables dans les centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements mentionnés à l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, pour les professionnels mentionnés ~~aux 7° ou 8°~~ de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite. »

### Article 2 *quinquies* (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° ~~L'article L. 1411-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° Le I est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase, les mots : « réalisé au domicile du patient » sont remplacés par les mots : « , réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixés par décret, » et les mots : « par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, » sont remplacés par les mots : « par l'assurance maladie » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ce forfait ne peut excéder celui mentionné à l'article L. 162-5-14-2 du code de la sécurité sociale. » ;

2° La seconde phrase du II est supprimée.

### Article 2 *quater*

L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est ainsi modifié :

1° A (nouveau) Après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « et dans les centres de santé qui leur sont rattachés » ;

1° Après la dernière occurrence du mot : « à », sont insérés les mots : « , respectivement, soixante-quinze et » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les reports de limite d'âge mentionnés au premier alinéa du présent article sont également applicables dans les centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements mentionnés à l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, pour les professionnels mentionnés au 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou auxquels s'applique l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite. »

### Article 2 *quinquies*

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° (*Supprimé*)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« Un indicateur territorial de l'offre de soins évalue la densité de l'offre de soins des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale. Il prend en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie des professions de santé et les professions de santé auxquelles la population a le plus fréquemment recours. L'indicateur est mis à jour tous les deux ans, après une première actualisation dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° du visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, par l'agence régionale de santé, en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé. L'indicateur est un outil d'aide à l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins, notamment du projet régional de santé.~~

~~« Cet indicateur est élaboré pour les professions médicales mentionnées aux livres I<sup>er</sup> et II de la quatrième partie. La méthodologie, la liste des spécialités ou des groupes de spécialités médicales et les professions de santé concernées sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.~~

~~« Dans la définition des objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins, le conseil territorial de santé se fonde sur l'indicateur mentionné au présent article. » ;~~

2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

~~a) Au premier alinéa, les mots : « par arrêté, » sont remplacés par les mots : « tous les deux ans par arrêté, en se fondant sur l'indicateur mentionné à l'article L. 1411-11 du présent code et » ;~~

~~b et c) (Supprimés)~~

### Article 2 *sexies* (nouveau)

Le 3° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « à l'installation » sont supprimés ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « détermine », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « tous les deux ans, par arrêté, après concertation avec le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 : » ;

~~b et c) (Supprimés)~~

### Article 2 *sexies*

Le 3° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « à l'installation » sont supprimés ;

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « , les collectivités territoriales, leurs groupements et la caisse primaire d'assurance maladie. Il assiste les professionnels de santé dans l'ensemble de leurs démarches administratives, notamment celles effectuées dans le cadre de leur installation ou de leur remplacement. »

### Article 2 septies (nouveau)(Supprimé)

#### Article 2 octies (nouveau)

Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 4113-15. – Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes mentionnés à l'article L. 4111-1 communiquent à l'agence régionale de santé et au conseil de l'ordre dont ils relèvent leur intention de cesser définitivement leur activité dans le lieu où ils exercent, au plus tard ~~six~~ mois avant la date prévue pour la cessation de cette même activité, sauf exceptions prévues par décret. »

#### Article 2 nonies (nouveau)

~~Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences de la concentration du réseau officinal et des opérations de restructuration par regroupements et par rachats-fermetures sur le nombre, la présence et le maillage territorial des officines, en portant une attention particulière à la situation au sein des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.~~

~~Le rapport étudie aussi les conséquences en termes d'accès aux médicaments et aux soins de premier recours prodigués par les pharmaciens d'officine.~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° bis (nouveau) Le mot : « associées » est remplacé par le mot : « associés » :

2° Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « , les collectivités territoriales, leurs groupements, les représentants des étudiants en santé et des jeunes professionnels et la caisse primaire d'assurance maladie. Il assiste les professionnels de santé dans l'ensemble de leurs démarches administratives, notamment celles effectuées dans le cadre de leur installation ou de leur remplacement. »

#### Article 2 octies

Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 4113-15. – Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes mentionnés à l'article L. 4111-1 communiquent à l'agence régionale de santé et au conseil de l'ordre dont ils relèvent leur intention de cesser définitivement leur activité dans le lieu où ils exercent, au plus tard trois mois avant la date prévue pour la cessation de cette même activité, sauf exceptions prévues par décret. »

#### Article 2 nonies (Supprimé)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~Il examine par ailleurs la pertinence d'une extension du dispositif d'antennes pharmaceutiques prévu à l'article 95 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique en ouvrant la possibilité pour les pharmaciens déjà propriétaires d'une officine de racheter, dans les zones sous-dotées, une officine encore en activité pour y installer une antenne pharmaceutique. Enfin, le rapport détermine les modalités pratiques de cette expérimentation et propose un calendrier pour sa mise en œuvre.~~

### Article 2 ~~decies~~ (nouveau)

Le II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

~~1° Le 1° est complété par un g ainsi rédigé :~~

~~« g) Les articles L. 114-17-1 et L. 161-35, en tant qu'ils concernent les règles de sanctions applicables aux pharmaciens exerçant en officine ; »~~

2° Le n du 2° est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

– au début, les mots : « L'article L. 5125-4 » sont remplacés par les mots : « Les articles L. 5121-33, L. 5124-3, L. 5125-1-1 A, L. 5125-4, L. 5125-8, L. 5125-9, L. 5125-11 à L. 5125-13, L. 5125-14, L. 5125-16, L. 5125-17 et L. 5125-18 » ;

~~– les mots : « l'organisation de la dispensation de médicaments et produits pharmaceutiques » sont remplacés par les mots : « la création d'une antenne » ;~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 2 ~~decies~~

Le II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° (*Supprimé*)

2° Le n du 2° est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

– au début, les mots : « L'article L. 5125-4 » sont remplacés par les mots : « Les 2°, 3° et 4° de l'article L. 5125-1-1 A, le premier alinéa de l'article L. 5125-16, le deuxième alinéa de l'article L. 5125-17 et le troisième alinéa de l'article L. 5125-18 » ;

~~– à la fin, les mots : « l'organisation de la dispensation de médicaments et produits pharmaceutiques par un pharmacien, à partir d'une officine d'une commune limitrophe ou la plus proche » sont remplacés par les mots : « la création d'une seule antenne par le ou les pharmaciens titulaires d'une officine d'une commune limitrophe ou de l'officine la plus proche » ;~~

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

b) Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'antenne fait partie de la même entité juridique ~~que l'officine.~~ »

### Article 2 *undecies* (nouveau)

I. – Par dérogation au IV de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, pour les titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds dont la liste est fixée par décret ou en l'absence de publication au 1<sup>er</sup> juin 2023 des décrets mentionnés au même IV, la prorogation mentionnée audit IV prend fin le lendemain de la publication de la présente loi. Les titulaires sollicitent, le cas échéant, le renouvellement de l'autorisation concernée prévu à l'article L. 6122-10 du code de la santé publique.

Par dérogation au ~~premier alinéa~~ du présent I et aux troisième et dernier alinéas de l'article L. 6122-10 du code de la santé publique, les titulaires mentionnés au ~~premier alinéa~~ du présent I qui auraient dû déposer une demande de renouvellement d'autorisation entre la publication de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 précitée et la publication du schéma régional de santé, ou de la présente loi si sa promulgation est postérieure audit schéma, sollicitent le renouvellement de leur autorisation lors de la première période mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique postérieure à la publication du schéma régional de santé, ou de la présente loi si sa promulgation est postérieure audit schéma. Ils peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. À défaut de dépôt d'une telle demande, l'autorisation prend fin le lendemain de la fin de ladite période ou à la date d'échéance initiale de l'autorisation.

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

b) Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'antenne fait partie de cette officine et relève de la même entité juridique. » ;

c) *(nouveau)* La dernière phrase est ainsi modifiée :

– après le mot : « ordre », sont insérés les mots : « des pharmaciens territorialement compétents » ;

– après le mot : « représentatifs », sont insérés les mots : « de la profession ».

### Article 2 *undecies*

I. – A. – Par dérogation au IV de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, pour les titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds dont la liste est fixée par décret ou en l'absence de publication au 1<sup>er</sup> juin 2023 des décrets mentionnés au même IV, la prorogation mentionnée audit IV prend fin le lendemain de la publication de la présente loi. Les titulaires sollicitent, le cas échéant, le renouvellement de l'autorisation concernée prévu à l'article L. 6122-10 du code de la santé publique.

B. – Par dérogation au A du présent I et aux troisième et dernier alinéas de l'article L. 6122-10 du code de la santé publique, les titulaires mentionnés au A du présent I qui auraient dû déposer une demande de renouvellement d'autorisation entre la publication de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 précitée et la publication du schéma régional de santé, ou de la présente loi si sa promulgation est postérieure audit schéma, sollicitent le renouvellement de leur autorisation lors de la première période mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique postérieure à la publication du schéma régional de santé, ou de la présente loi si sa promulgation est postérieure audit schéma. Ils peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. À défaut de dépôt d'une telle demande, l'autorisation prend fin le lendemain de la fin de ladite période ou à la date d'échéance initiale de l'autorisation.

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

À défaut d'injonction dans un délai de quatre mois à compter de la fin de la période de dépôt, l'autorisation est tacitement renouvelée.

II. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique, les nouvelles demandes d'autorisations mentionnées au premier alinéa du IV de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 précitée peuvent être accordées sans recueillir l'avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, sur critères d'offre, de qualité ou de sécurité des soins définis par décret en Conseil d'État.

III. – Au dernier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique, les mots : « dont la seule autorisation d'activité de soins dont il est titulaire est une autorisation d'activité biologique d'assistance médicale à la procréation » sont remplacés par les mots : « autorisé à pratiquer les seules activités de soins dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État ».

IV. – L'article L. 6133-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, reste applicable jusqu'à la publication du décret en Conseil d'État mentionné au dernier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant du III du présent article, et au plus tard ~~jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2023~~.

### Article 2 duodecies (nouveau)

#### I. – (Supprimé)

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-5-3 est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Durant l'année qui suit le départ à la retraite ou le changement de département du médecin que les patients avaient déclaré comme médecin traitant. » ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

À défaut d'injonction dans un délai de quatre mois à compter de la fin de la période de dépôt prévues au premier alinéa du présent B, l'autorisation est tacitement renouvelée.

II et III. – *(Non modifiés)*

IV. – L'article L. 6133-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, reste applicable jusqu'à la publication du décret en Conseil d'État mentionné au dernier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant du III du présent article, et au plus tard deux mois après la publication de la présente loi.

### Article 2 duodecies

*(Conforme)*

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Le dernier alinéa de l'article L. 162-26 est complété par les mots : « ni aux assurés mentionnés au 5° de l'article L. 162-5-3 du présent code ».

#### Article 3

Après l'article L. 1434-12-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-12-3 ainsi rédigé :

~~« Art. L. 1434-12-3. — Lorsque la communauté professionnelle territoriale de santé a conclu la convention mentionnée au I de l'article L. 1434-12-2, l'ensemble des professionnels de santé relevant d'une des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale et les centres de santé relevant de l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1 du même code en deviennent membres, sauf opposition de leur part effectuée dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces mêmes professionnels de santé peuvent à tout moment se retirer de la communauté professionnelle territoriale de santé à laquelle ils ont été rattachés. »~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

#### Article 3 (Supprimé)

#### Article 3 bis AA (nouveau)

L'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le II, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

« II bis. — Lorsque le centre de santé est placé hors de la convention en application de l'article L. 162-32-3 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la fermeture immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre et, lorsqu'elles existent, de ses antennes. » ;

2° À la première phrase du III, après la référence : « II », sont insérés les mots : « ou du II bis ».

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

### Article 3 bis A (nouveau)

Le V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, sont insérées ~~trois~~ phrases ainsi rédigées : « Sous la responsabilité du responsable de l'établissement, il assure l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement et le suivi médical des résidents de l'établissement, pour lesquels il peut réaliser des prescriptions médicales. Il veille à la qualité de la prise en charge médicale des résidents. La fonction de médecin coordonnateur peut être assurée par un ou plusieurs médecins. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« ~~Le résident~~ ou, le cas échéant, son représentant légal ou la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 ~~du présent code~~ peut désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant du résident dans les conditions prévues à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Au moment de l'admission dans l'établissement, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge mentionné à l'article L. 311-4 du présent code fait mention du choix du résident, qui peut être modifié à tout moment de son séjour dans l'établissement. »

### Article 3 bis B (nouveau)

~~Au deuxième alinéa du I de l'article L. 4041-4 du code de la santé publique,~~ les mots : « six mois » sont remplacés par les mots : « trois ans ».

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 3 bis A

Le V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, sont insérées quatre phrases ainsi rédigées : « Sous la responsabilité du responsable de l'établissement, il assure l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement et peut, pour les résidents qui le souhaitent, assurer le suivi médical des résidents de l'établissement, pour lesquels il peut réaliser des prescriptions médicales. Il veille à la qualité de la prise en charge médicale des résidents. La fonction de médecin coordonnateur peut être assurée par un ou plusieurs médecins. En deçà d'un nombre de places au sein de l'établissement fixé par décret, la fonction de coordination est occupée par un seul médecin. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le médecin coordonnateur assure le suivi médical du résident, ce dernier ou, le cas échéant, son représentant légal ou la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 peut désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant du résident dans les conditions prévues à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Au moment de l'admission dans l'établissement, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge mentionné à l'article L. 311-4 du présent code fait mention du choix du résident, qui peut être modifié à tout moment de son séjour dans l'établissement. »

### Article 3 bis B

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 4041-4, les mots : « six mois » sont remplacés par les mots : « trois ans » ;

2° (nouveau) L'article L. 4411-3 est ainsi rétabli :

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

### Article 3 bis C (nouveau)

Le chapitre II du titre IV du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4042-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 4042-4. – La responsabilité à l'égard des tiers de chaque associé de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires est engagée dans la limite ~~du~~ montant de son apport dans le capital de la société.

« L'associé qui n'a apporté que son industrie est tenu comme celui dont la participation dans le capital social est la plus faible. »

### Article 3 bis D (nouveau)

Après l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-12-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-2-1. – Afin de favoriser la coordination des soins, ~~tout assuré ou~~ ayant droit âgé de seize ans ou plus ~~indique~~ à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom de l'infirmier référent qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix de l'infirmier référent suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale.

« L'infirmier référent assure une mission de prévention, de suivi et de recours, en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant.

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 4411-3. – Pour l'application de l'article L. 4041-4 à Mayotte, une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins un médecin et un auxiliaire médical. »

### Article 3 bis C

Le chapitre II du titre IV du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4042-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 4042-4. – La responsabilité à l'égard des tiers de chaque associé de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires est engagée dans la limite de deux fois le montant de son apport dans le capital de la société.

« L'associé qui n'a apporté que son industrie est tenu comme celui dont la participation dans le capital social est la plus faible. »

### Article 3 bis D

Après l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-12-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-2-1. – Afin de favoriser la coordination des soins, l'assuré ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus relevant d'une affection mentionnée au 3° de l'article L. 160-14 nécessitant des soins infirmiers peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom de l'infirmier référent qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix de l'infirmier référent suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale.

« Plusieurs infirmiers exerçant au sein d'un cabinet situé dans les mêmes locaux, au sein d'un même centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou au sein d'une même maison de santé mentionnée à l'article L. 6323-3 du même code peuvent être conjointement désignés infirmiers référents.

« L'infirmier référent assure une mission de prévention, de suivi et de recours, en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant.

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale ~~choisit~~ l'infirmier référent ~~et l'indique à l'organisme gestionnaire.~~

« ~~Un décret fixe les conditions~~ d'application du présent article. »

#### Article 3 bis (nouveau)

Au deuxième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, après le mot : « sociaux », sont insérés les mots : « , dont des professionnels de la ~~médecine~~ scolaire, ».

#### Article 4

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6111-1-3 est ainsi rédigé :

« ~~Art. L. 6111-1-3. – Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi que les professionnels de santé exerçant en leur sein peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer la permanence des soins en établissement de santé ou au sein des autres titulaires de cette autorisation ou à y contribuer.~~

« ~~L'activité des professionnels de santé extérieurs à un établissement de santé ou à un autre titulaire participant à la permanence des soins au sein de cet établissement ou de cet autre titulaire est couverte par le régime de la responsabilité qui s'applique aux agents dudit établissement ou titulaire.~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale peut déclarer à l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom de l'infirmier référent qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci.

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

#### Article 3 bis

Au deuxième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, après le mot : « sociaux », sont insérés les mots : « , dont des professionnels de la santé scolaire, ».

#### Article 4

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6111-1-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-1-3. – Les établissements de santé sont responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins.

« Les professionnels de santé exerçant au sein d'un établissement de santé peuvent contribuer volontairement à la mission de permanence des soins assurée par un autre établissement que celui au sein duquel ils exercent. Leur activité à ce titre est couverte par le régime de la responsabilité qui s'applique aux médecins et agents de l'établissement d'accueil.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé assure la cohérence de l'organisation de la permanence des soins mentionnée au premier alinéa du présent article au regard des impératifs de continuité, de qualité et de sécurité des soins.

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Les modalités et les conditions d'application du présent article, ~~notamment les modalités de désignation des établissements de santé et des autres titulaires ainsi que les conditions d'engagement et de répartition dans le fonctionnement de la permanence des soins territorialisée entre les établissements de santé, les autres titulaires et les professionnels de santé, sont définies par voie réglementaire.~~ » ;

2° (nouveau) ~~Le I de l'article L. 6132-3 est complété par un 6° ainsi rédigé :~~

~~« 6° L'organisation et la mise en œuvre de la permanence des soins en établissement de santé mentionnée à l'article L. 6111-1-3. »~~

II (nouveau). – L'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique à compter de son entrée en vigueur, nonobstant toute clause contractuelle contraire.

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate des carences dans la couverture des besoins du territoire, il réunit les différents établissements de santé et les représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein, les invite à répondre aux nécessités d'organisation collective de la permanence des soins et recueille leurs observations. En cas de carences persistantes, il peut désigner les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'y contribuer. Les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé désignés au titre du présent alinéa participent à la mise en œuvre de cette mission.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé assure la cohérence de l'organisation de la permanence des soins mentionnée au premier alinéa du présent article au regard des impératifs de qualité et de sécurité des soins.

« Le présent article s'applique à l'ensemble des titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi qu'aux professionnels de santé qui y exercent.

« Les modalités et les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

2° (Supprimé)

II. – (Non modifié)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 4 bis A (nouveau)**

L'article L. 6122-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment lorsque la permanence des soins n'est pas assurée dans les conditions prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-3. Des conditions particulières peuvent également être imposées pour répondre à des besoins spécifiques de la défense identifiés par ce même schéma » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « l'engagement de mettre » sont remplacés par les mots : « la mise » et après le mot : « et », sont insérés les mots : « l'effectivité de ».

**Article 4 bis B (nouveau)**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'article L. 6311-4, le mot : « médecins » est remplacé par les mots : « professionnels de santé » ;

2° L'article L. 6314-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « du médecin libéral » sont remplacés par les mots : « des professionnels de santé libéraux » ;

b) À la deuxième phrase, les mots : « le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son » sont remplacés par les mots : « les professionnels de santé libéraux assurent la régulation des appels depuis leur cabinet ou leur ».

**Article 4 bis (nouveau)**

~~Au second alinéa de l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique, après les mots : « d'État », sont insérés les mots : « participent et ».~~

**Article 4 bis  
(Supprimé)**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

### Article 5

L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de santé à l'issue de la première année du premier cycle des études de médecine, d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie ou ultérieurement au cours de ces études et, de façon distincte, le nombre de praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie soit dans le cadre du IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit au titre de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, qui peuvent signer un contrat d'engagement de service public avec une autorité administrative désignée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. » ;

2° À la première phrase du troisième alinéa, ~~à la troisième phrase du cinquième alinéa et aux sixième et avant-dernier alinéas~~, les mots : « le Centre national de gestion » sont remplacés par les mots : « l'autorité administrative désignée en application du premier alinéa » ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 5

L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de santé à l'issue de la première année du premier cycle des études de médecine, d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie ou ultérieurement au cours de ces études et, de façon distincte, le nombre de praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie soit dans le cadre du IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit au titre de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, qui peuvent signer un contrat d'engagement de service public avec une autorité administrative désignée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. » ;

2° À la première phrase du troisième alinéa et à l'avant-dernier alinéa, les mots : « le centre national de gestion » sont remplacés par les mots : « l'autorité administrative désignée en application du premier alinéa du présent article » ;

2° bis (nouveau) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « médicales ou odontologiques » sont supprimés ;

3° (nouveau) À la troisième phrase du cinquième alinéa, les mots : « le Centre national de gestion » sont remplacés par les mots : « l'autorité administrative désignée en application du premier alinéa du présent article » ;

4° (nouveau) Au sixième alinéa, les mots : « le Centre national de gestion » sont remplacés par les mots : « la même autorité administrative ».

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 5 bis (nouveau)**

À la troisième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, les mots : « capacités de formation et des besoins de santé du territoire, » sont remplacés par les mots : « besoins de santé du territoire en priorité, ~~puis des capacités de formation~~ ».

**Article 5 ter (nouveau)**

~~Le deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :~~

~~1° La deuxième phrase est complétée par les mots : « afin de garantir la répartition optimale des futurs professionnels de santé sur le territoire au regard des besoins de santé » ;~~

~~2° À la dernière phrase, après le mot : « territoriales », sont insérés les mots : « et sociales ».~~

**Article 5 quater (nouveau)**

~~L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi modifié :~~

~~1° La deuxième phrase du premier alinéa du II est complétée par les mots : « , qui sont systématiquement les premières à être pourvues » ;~~

~~2° Le III est complété par un 9° ainsi rédigé :~~

~~« 9° Les modalités d'attribution des stages afin que les stages situés dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique soient les premiers à être pourvus. »~~

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 5 bis A (nouveau)**

À l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, après le mot : « générale », sont insérés les mots : « de chirurgie dentaire ou de toute autre spécialité ».

**Article 5 bis**

À la troisième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, les mots : « capacités de formation et des besoins de santé du territoire, » sont remplacés par les mots : « besoins de santé du territoire, dans la limite des capacités de formation, ».

**Articles 5 ter et 5 quater (Supprimés)**

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

#### Article 5 quinquies (nouveau)

Le chapitre III du titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6153-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 6153-6. – L'entité dans laquelle l'étudiant mentionné au 2<sup>o</sup> de l'article L. 6153-1 effectue son stage prend les mesures nécessaires pour assurer sa sécurité et protéger sa santé physique et mentale, dans les conditions prévues à l'article L. 4121-1 du code du travail. »

#### Article 5 sexies (nouveau)

I. – Pour une durée de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, une expérimentation visant à encourager l'orientation des lycéens issus de déserts médicaux vers les études de santé est mise en place par le ministère de l'éducation nationale dans trois académies volontaires.

II. – Dans les académies concernées, les lycées situés dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou concernées par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1<sup>o</sup> de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, proposent une option santé aux élèves des classes de première et de terminale de la voie générale.

III. – Au plus tard un an avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin de déterminer les conditions appropriées pour son éventuelle généralisation.

#### Article 6

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le I de l'article L. 6132-1 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase, les mots : « n'est pas » sont remplacés par les mots : « peut être » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

#### Article 5 quinquies

Le chapitre III du titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6153-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 6153-6. – L'entité dans laquelle l'étudiant mentionné aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 6153-1 effectue son stage prend les mesures nécessaires pour assurer sa sécurité et protéger sa santé physique et mentale, dans les conditions prévues à l'article L. 4121-1 du code du travail. »

#### Article 5 sexies

(Conforme)

#### Article 6

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le I de l'article L. 6132-1 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase, les mots : « n'est pas » sont remplacés par les mots : « peut être, dans les conditions prévues à l'article L. 6132-5-2, » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

*b) (nouveau)* ~~Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :~~

« Lorsque l'ensemble des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire fusionnent dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-1, l'établissement issu de la fusion n'est pas tenu d'être partie à la convention mentionnée au premier alinéa du ~~présent I~~ » ;

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

*b) (Supprimé)*

1° bis A (nouveau) Après l'article L. 6132-5-1, il est inséré un article L. 6132-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6132-5-2. – Le groupement hospitalier de territoire peut être doté de la personnalité morale dans les cas suivants :

« 1° Lorsque l'ensemble des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire fusionnent dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-1. Dans ce cas, l'établissement issu de la fusion n'est pas tenu d'être partie à la convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Lorsque les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire ont créé les instances prévues aux articles L. 6132-2-3 et L. 6132-2-6, constituent, à l'exclusion de tout autre membre, un groupement de coopération sanitaire mentionné à l'article L. 6133-1 pour exercer au moins les compétences mentionnées aux articles L. 6132-3 et L. 6132-5-1 et dont l'administrateur est l'un des représentants légaux des membres du groupement hospitalier de territoire. » ;

1° bis (nouveau) L'article L. 6132-7 est complété par un 10° ainsi rédigé :

« 10° Les conditions dans lesquelles un groupement hospitalier de territoire, sur demande conjointe des établissements parties et sous réserve d'un avis favorable émis par délibération concordante de l'ensemble des conseils de surveillance, avec l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé, peut être doté de la personnalité morale, en application de l'article L. 6132-5-2, ainsi que les modalités de conciliation des prérogatives respectives du groupement et des établissements parties. » ;

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

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

a) Après le 8°, sont insérés des 9° ~~et 10°~~ ainsi rédigés :

~~« 9° Le bilan des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire ;~~

« 10° (nouveau) Le plan pluriannuel d'investissement » ;

a bis) (nouveau) Après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le programme d'investissement ; »

a ter) (nouveau) Après le quatorzième alinéa, ~~il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Le conseil de surveillance est informé une fois par an des actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L. 6142-5. » ;~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

a) Après le 8°, sont insérés des 9° à 11° ainsi rédigés :

« 9° (*Supprimé*)

« 10° Le plan pluriannuel d'investissement ;

« 11° (nouveau) Le contrat de gouvernance élaboré par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. » ;

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

« – l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ; »

a ter) Après le quatorzième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil de surveillance se voit présenter annuellement :

« a) Les observations du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;

« b) Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L. 6142-5 ;

« c) Le bilan, élaboré conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire. » ;

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~b) Après le quinzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Au moins une fois par an, le directeur général de l'agence régionale de santé présente au conseil de surveillance ses observations sur l'état de santé de la population, les mesures d'attractivité des carrières hospitalières et l'offre de soins du territoire. » ;~~

c) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est supprimée ;

– au début de la seconde phrase, le mot : « Il » est remplacé par les mots : « Le conseil de surveillance » ;

3° (nouveau) L'article L. 6143-7 est ainsi modifié :

a) Le 4° est complété par les mots : « et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance » ;

b) Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 5° est ainsi rédigée : « ; après avis du conseil de surveillance ; »

c) ~~Après le 5°, il est inséré un 5° bis ainsi rédigé :~~

~~« 5° bis Fixe le plan global de financement pluriannuel ; ».~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

b) (Supprimé)

c) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est supprimée ;

– au début de la seconde phrase, le mot : « Il » est remplacé par les mots : « Le conseil de surveillance » ;

3° L'article L. 6143-7 est ainsi modifié :

a) Le 4° est complété par les mots : « et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance » ;

b) Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 5° est ainsi rédigée : « et le plan global de financement pluriannuel, après avis du conseil de surveillance ; »

c) (Supprimé)

4° (nouveau) L'article L. 6143-7-3 est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Un contrat de gouvernance est élaboré par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. Il associe à la charte de gouvernance mentionnée au III une feuille de route stratégique présentant chaque année les modalités de mise en œuvre du projet d'établissement, incluant notamment le projet de gouvernance et de management participatif, en prenant appui sur leurs responsabilités respectives et partagées. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 6 bis A (nouveau)**

~~Le code de la santé publique est ainsi modifié :~~

~~1° L'article L. 6132-2 est complété par un III ainsi rédigé :~~

~~« III. Les demandes des établissements souhaitant constituer ensemble un nouveau groupement hospitalier de territoire sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé, après avoir été soumises pour avis au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire auquel ces établissements sont rattachés. Ces demandes incluent les principales orientations d'un futur projet médical partagé pour le groupement dont la constitution est demandée.~~

~~« Le directeur général de l'agence régionale de santé statue sur ces demandes dans un délai de deux mois. Il arrête, le cas échéant, la liste actualisée des groupements hospitaliers de territoire dans la région. » ;~~

~~2° L'article L. 6132-7 est complété par un 10° ainsi rédigé :~~

~~« 10° Le contenu et les modalités des demandes de constitution d'un nouveau groupement hospitalier de territoire impliquant une révision du périmètre des groupements constitués en application du III de l'article L. 6132-2. »~~

**Article 6 bis B (nouveau)**

~~Après l'article L. 6147-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6147-1-1 ainsi rédigé :~~

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 6 bis A  
(Supprimé)**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° (nouveau) L'article L. 6143-5 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. - » ;

b) Le septième alinéa est ainsi rédigé :

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« Art. L. 6147-1-1. – Par dérogation à l'article L. 6143-5, la composition du conseil de surveillance des établissements publics de santé nationaux, en particulier le Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze Vingts et l'établissement public de santé national de Fresnes, qui comprend, avec voix délibérative, une représentation de l'Assemblée nationale et du Sénat désignée par la commission chargée des affaires sociales de chaque assemblée, est fixée par voie réglementaire. »~~

### **Article 6 bis** (nouveau)(Supprimé)

### **Article 6 ter** (nouveau)

Sont validés l'inscription sur la liste d'aptitude et les titularisations, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, des trente-neuf élèves-directeurs ayant suivi la formation initiale dispensée après l'admission au concours ouvert au titre de l'année 2018 pour le recrutement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les certificats d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale délivrés aux intéressés.

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Peuvent participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, les députés élus dans les circonscriptions où sont situés les établissements de l'établissement public de santé ainsi que les sénateurs élus dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé. » :

c) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Par dérogation au I, la composition du conseil de surveillance des établissements publics de santé nationaux est fixée par voie réglementaire. Elle comprend, avec voix délibérative, une représentation de l'Assemblée nationale et du Sénat désignée par chaque assemblée. » :

2° (Supprimé)

### **Article 6 ter**

Sous réserve des décisions passées en force de chose jugée, sont validés l'inscription sur la liste d'aptitude et les titularisations, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, des trente-neuf élèves-directeurs ayant suivi la formation initiale dispensée après l'admission au concours ouvert au titre de l'année 2018 pour le recrutement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les certificats d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale délivrés aux intéressés, en tant que leur légalité serait remise en cause sur le fondement de la méconnaissance par le jury du concours externe d'accès au cycle de formation des élèves-directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ouvert au titre de l'année 2018, de l'article 7 de l'arrêté du 26 décembre 2007 relatif au programme et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, de l'irrégularité de la délibération du 28 novembre 2018 du jury susmentionné fixant la liste des candidats admis au concours externe de directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ou de celle

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

### Article 7

I. – La section 5 *bis* du chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 313-23-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-23-4.* – Les établissements et services relevant des 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire, à des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des éducateurs spécialisés, des assistants de service social, des moniteurs-éducateurs et des accompagnants éducatifs et sociaux qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une de ces entreprises de travail temporaire pendant une durée minimale appréciée dans des conditions ~~fixées~~ par décret en Conseil d'État.

« À titre dérogatoire, l'interdiction établie au premier alinéa du présent article ne s'applique pas aux contrats de mise à disposition de personnels dotés du statut d'étudiant en santé conclus avec des entreprises de travail temporaire établies en France ou à l'étranger.

« Les entreprises de travail ~~temporaires~~ mentionnées au même premier alinéa vérifient le respect de la condition fixée audit premier alinéa et en attestent auprès des établissements et services médico-sociaux au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« ~~Ce décret~~ prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article. »

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

de l'arrêté du 11 février 2019 établissant la liste des élèves-directeurs et élèves-directrices d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux à l'École des hautes études en santé publique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

### Article 7

I. – La section 5 *bis* du chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 313-23-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-23-4.* – Les établissements et services relevant des 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire, à des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des éducateurs spécialisés, des assistants de service social, des moniteurs-éducateurs et des accompagnants éducatifs et sociaux qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une de ces entreprises de travail temporaire pendant une durée minimale au cours des douze derniers mois. Cette durée est appréciée dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État qui tiennent compte des conditions préalables d'exercice de son activité par le professionnel.

« À titre dérogatoire, l'interdiction établie au premier alinéa du présent article ne s'applique pas aux contrats de mise à disposition de personnels dotés du statut d'étudiant en santé conclus avec des entreprises de travail temporaire établies en France ou à l'étranger.

« Les entreprises de travail temporaire mentionnées au même premier alinéa vérifient le respect de la condition fixée audit premier alinéa et en attestent auprès des établissements et services médico-sociaux au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Un décret en Conseil d'État prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article. »

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« CHAPITRE V

« ~~Mise à disposition temporaire de professionnels de santé auprès des établissements de santé~~

« Art. L. 6115-1. – Les établissements de santé et les laboratoires de biologie médicale ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire, à des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des sages-femmes ou des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une de ces entreprises de travail temporaire pendant une durée minimale appréciée dans des conditions ~~fixées~~ par décret en Conseil d'État.

« À titre dérogatoire, l'interdiction établie au premier alinéa du présent article ne s'applique pas aux contrats de mise à disposition de personnels dotés du statut d'étudiant en santé conclus avec des entreprises de travail temporaire établies en France ou à l'étranger.

« Les entreprises de travail ~~temporaires~~ mentionnées au même premier alinéa vérifient le respect de la condition fixée audit alinéa et en attestent auprès des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État.

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« CHAPITRE V

« Capacité des établissements à assurer leur activité au regard du nombre de professionnels de santé disponibles

« Art. L. 6115-1 A (nouveau). – En vue de garantir la continuité des soins à l'échelle du territoire, les établissements de santé signalent à l'agence régionale de santé tout risque identifié concernant leur capacité à assurer l'intégralité de leur activité programmée et à remplir leurs obligations de permanence des soins. Ils indiquent les effectifs médicaux et paramédicaux susceptibles de permettre le maintien de ces activités.

« Art. L. 6115-1. – Les établissements de santé et les laboratoires de biologie médicale ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire, à des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des sages-femmes ou des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une de ces entreprises de travail temporaire pendant une durée minimale au cours des douze derniers mois. Cette durée est appréciée dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État qui tiennent compte des conditions préalables d'exercice de son activité par le professionnel.

« À titre dérogatoire, l'interdiction établie au premier alinéa du présent article ne s'applique pas aux contrats de mise à disposition de personnels dotés du statut d'étudiant en santé conclus avec des entreprises de travail temporaire établies en France ou à l'étranger.

« Les entreprises de travail temporaire mentionnées au même premier alinéa vérifient le respect de la condition fixée audit alinéa et en attestent auprès des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État.

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« ~~Ce décret~~ prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article. »

III. – Les I et II du présent article s'appliquent aux contrats de mise à disposition conclus en application de l'article L. 1251-42 du code du travail à compter du premier jour du quatrième mois suivant la promulgation de la présente loi.

#### Article 8

L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) (*Supprimé*)

b) À la deuxième phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ainsi qu'aux ~~juridictions financières et aux~~ services d'inspection et de contrôle dans le cadre de leurs contrôles, » ;

c) La dernière phrase est complétée par les mots : « ainsi qu'aux ~~juridictions financières et aux~~ services d'inspection et de contrôle désignés par décret, dans le cadre d'un contrôle de gestion et des comptes qu'ils peuvent exercer sur ces établissements » ;

2° (*nouveau*) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le premier alinéa est applicable, dans les mêmes conditions, à tout organisme, toute société ou tout groupe disposant d'un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion dans un établissement de santé privé ou d'un pouvoir de contrôle de celui-ci, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, ainsi qu'aux structures satellites qui entretiennent des liens juridiques et financiers avec cet établissement, notamment les sociétés civiles immobilières. »

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Un décret en Conseil d'État prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article. »

III. – (*Non modifié*)

#### Article 8

L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) (*Supprimé*)

b) À la deuxième phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ainsi qu'aux services d'inspection et de contrôle dans le cadre de leurs contrôles, » ;

c) La dernière phrase est complétée par les mots : « ainsi qu'aux services d'inspection et de contrôle désignés par décret, dans le cadre d'un contrôle de gestion et des comptes qu'ils peuvent exercer sur ces établissements » ;

2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le premier alinéa est applicable, dans les mêmes conditions, à tout organisme, toute société ou tout groupe disposant d'un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion dans un établissement de santé privé ou d'un pouvoir de contrôle de celui-ci, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, ainsi qu'aux structures satellites qui entretiennent des liens juridiques et financiers avec cet établissement, notamment les sociétés civiles immobilières. »

#### Article 8 bis A (*nouveau*)

L'article L. 1442-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 8 bis (nouveau)**

L'article L. 6116-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Sont également soumises à ce contrôle :

« 1° Les personnes morales gestionnaires de ces établissements, pour leurs activités consacrées à cette gestion ;

« 2° Les personnes morales qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle exclusif ou conjoint des personnes mentionnées au 1° ;

« 3° Les autres personnes morales qui sont contrôlées par les personnes mentionnées au même 1° et qui concourent à la gestion des établissements mentionnés au premier alinéa ou leur fournissent des biens et des services, pour leurs activités consacrées à cette gestion. » ;

2° Au second alinéa, les mots : « de ces contrôles » sont remplacés par les mots : « des contrôles prévus au présent article ».

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« La mission de permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 commune à la Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin peut comporter un volet particulier à ces collectivités. »

**Article 8 bis  
(Conforme)**

**Article 8 ter (nouveau)**

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6151-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 6151-4. – Les \_\_\_\_\_ personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation sont affiliés pour la partie hospitalière de leur activité au régime de retraite complémentaire prévu à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – Le deuxième alinéa du I de l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est remplacé par trois alinéas

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

ainsi rédigés :

« Par dérogation au premier alinéa, sont exclus de cette assiette :

« 1° La participation d'un employeur public au financement d'un contrat collectif de protection sociale complémentaire auquel la souscription des agents est rendue obligatoire en application d'un accord prévu à l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique ou de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense ;

« 2° Les éléments de rémunération perçus par les personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation au titre de leur activité hospitalière. »

III. – L'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est abrogé.

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2024.

**Article 8 *quater* (nouveau)**

Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° À la première phrase des articles L. 111-7, L. 211-7 et L. 252-9-1 et au premier alinéa de l'article L. 262-10, après le mot : « contrôler », sont insérés les mots : « les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique. » ;

2° À la première phrase de l'article L. 272-8, après le mot : « contrôle », sont insérés les mots : « sur les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique. ».

**Article 9**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 4111-2, il est inséré un article L. 4111-2-1 ainsi rédigé :

**Article 9**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 4111-2, il est inséré un article L. 4111-2-1 ainsi rédigé :

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Art. L. 4111-2-1. – Par dérogation à l'article L. 4111-1, l'autorité compétente peut, après avis d'une commission comprenant notamment des professionnels de santé, dont des représentants de l'ordre compétent, délivrer une attestation permettant un exercice provisoire, pour la profession de médecin dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation, pour la profession de chirurgien-dentiste le cas échéant dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation ou pour la profession de sage-femme, dans un établissement public ou un établissement privé à but non lucratif de santé, social ou médico-social, aux titulaires d'un titre de formation délivré par un État non membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de l'une des professions mentionnées au même article L. 4111-1 dans cet État qui exercent cette profession, qui établissent leur expérience professionnelle par tout moyen et qui disposent d'un niveau de connaissance de la langue française suffisant pour exercer leur activité en France. Ces professionnels s'engagent également à passer les épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4111-2.

« La durée de validité de cette attestation, renouvelable une fois, ne peut excéder treize mois.

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article » ;

2° Après l'article L. 4221-12, il est inséré un article L. 4221-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-12-1. – Par dérogation à l'article L. 4221-1, l'autorité compétente peut, après avis d'une commission comprenant notamment des professionnels de santé, dont des représentants de l'ordre compétent, délivrer une attestation permettant un exercice provisoire, pour la profession de pharmacien dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation,  ~~dans un établissement public ou un établissement privé à but non lucratif de santé, social ou médico-social,~~ aux titulaires d'un titre de formation délivré par un État non membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 4111-2-1. – Par dérogation à l'article L. 4111-1, l'autorité compétente peut, après avis d'une commission comprenant notamment des professionnels de santé, dont des représentants de l'ordre compétent, délivrer une attestation permettant un exercice provisoire, pour la profession de médecin dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation, pour la profession de chirurgien-dentiste, le cas échéant dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation, ou pour la profession de sage-femme, dans un établissement public ou un établissement privé à but non lucratif de santé, social ou médico-social, aux titulaires d'un titre de formation délivré par un État non membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de l'une des professions mentionnées au même article L. 4111-1 dans cet État qui exercent cette profession, qui établissent leur expérience professionnelle par tout moyen et qui disposent d'un niveau de connaissance de la langue française suffisant pour exercer leur activité en France. Ces professionnels s'engagent également à passer les épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4111-2.

« La durée de validité de cette attestation, renouvelable une fois, ne peut excéder treize mois.

« Pour les professions de chirurgien-dentiste et de sage-femme, la commission mentionnée au premier alinéa du présent article est nationale.

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. » ;

2° Après l'article L. 4221-12, il est inséré un article L. 4221-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-12-1. – Par dérogation à l'article L. 4221-1, l'autorité compétente peut, après avis d'une commission nationale comprenant notamment des professionnels de santé, dont des représentants de l'ordre compétent, délivrer une attestation permettant un exercice provisoire, pour la profession de pharmacien dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation, aux titulaires d'un titre de formation délivré par un État non membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession mentionnée au même article L. 4221-1 dans cet État qui exercent cette

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'exercice de la profession mentionnée au même article L. 4221-1 dans cet État qui exercent cette profession, qui établissent leur expérience professionnelle par tout moyen et qui disposent d'un niveau de connaissance de la langue française suffisant pour exercer leur activité en France. Ces professionnels s'engagent également à passer les épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4221-12.

« La durée de validité de cette attestation, renouvelable une fois, ne peut excéder treize mois.

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. »

#### Article 10

~~La sous-section 2 de la section 3 du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre IV du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile est complétée par un article L. 421-13-1 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 421-13-1. L'étranger qui occupe, dans un établissement public ou privé à but non lucratif de santé, social ou médico-social, un emploi pour une durée égale ou supérieure à un an au titre d'une des professions mentionnées aux articles L. 4111-1 et L. 4221-1 du code de la santé publique, qui est titulaire de l'attestation prévue aux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12-1 du code de la santé publique et dont la rémunération est supérieure à un seuil fixé par décret en Conseil d'État se voit délivrer une carte de séjour pluriannuelle portant la mention "talent professions médicales et de la pharmacie" d'une durée maximale de treize mois.~~

~~« L'étranger qui bénéficie d'une décision d'affectation, d'une attestation permettant un exercice temporaire ou d'une autorisation d'exercer mentionnées aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du même code, qui occupe un emploi au titre des professions mentionnées aux articles L. 4111-1 et L. 4221-12-1 dudit code et dont la rémunération est supérieure au seuil prévu au premier alinéa du présent article se voit délivrer une carte pluriannuelle portant la mention "talent professions médicales et de la pharmacie" d'une durée maximale de quatre ans.~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

profession, qui établissent leur expérience professionnelle par tout moyen et qui disposent d'un niveau de connaissance de la langue française suffisant pour exercer leur activité en France. Ces professionnels s'engagent également à passer les épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4221-12.

« La durée de validité de cette attestation, renouvelable une fois, ne peut excéder treize mois.

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. »

#### Article 10

*(Supprimé)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« Les cartes mentionnées aux deux premiers alinéas permettent l'exercice de l'activité professionnelle ayant justifié leur délivrance. »~~

### Article 10 bis (nouveau)

~~I.~~ Le I de l'article L. 4111-2 ~~du code de la santé publique~~ est ainsi modifié :

~~1°~~ Au premier alinéa, les mots : « le directeur général du Centre national de gestion » sont remplacés par les mots : « l'autorité compétente désignée par décret en Conseil d'État » et, après le mot : « commission », ~~il est inséré le mot~~ : « nationale » ;

~~2°~~ Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

~~a)~~ La deuxième phrase est supprimée ;

~~b)~~ Après le mot : « par », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « voie réglementaire. » ;

~~3°~~ Le quatrième alinéa est supprimé ;

~~4°~~ Le sixième alinéa est ainsi modifié :

~~a)~~ À la première phrase, les mots : « de deux ans » sont supprimés ;

~~b)~~ L'avant-dernière phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, ~~une commission régionale comprenant des professionnels de santé décide de la réalisation d'un stage complémentaire et émet un avis sur l'aptitude du lauréat candidat à exercer. La commission mentionnée au premier alinéa peut décider~~ la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. » ;

~~5°~~ Le septième alinéa est ainsi modifié :

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 10 bis

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 4111-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « le directeur général du Centre national de gestion » sont remplacés par les mots : « l'autorité compétente désignée par décret en Conseil d'État » et, après le mot : « commission », sont insérés les mots : « nationale, majoritairement composée de professionnels de santé et » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– la deuxième phrase est supprimée ;

– après le mot : « par », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « voie réglementaire. » ;

c) Le quatrième alinéa est supprimé ;

d) Le sixième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « de deux ans » sont supprimés ;

– l'avant-dernière phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, la commission mentionnée au premier alinéa émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider de la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. » ;

e) Le septième alinéa est ainsi modifié :

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

↯ À la première phrase, les mots : « d'une année » et, à la fin, les mots : « , dans les lieux de stage agréés et auprès d'un praticien agréé maître de stage » sont supprimés ;

↯ Après le mot : « alinéa », la fin de la troisième phrase est supprimée ;

↯ Après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, la commission mentionnée au premier alinéa émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider de la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. » ;

↯ L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

↯ À la première phrase, les mots : « d'une année » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant dans leur spécialité » et, à la fin, les mots : « , dans un établissement de santé » sont supprimés ;

↯ Après le mot : « fixé », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « en application du deuxième alinéa. » ;

↯ Après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, la commission mentionnée au premier alinéa émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

– à la première phrase, les mots : « d'une année » et, à la fin, les mots : « , dans les lieux de stage agréés et auprès d'un praticien agréé maître de stage » sont supprimés ;

– après le mot : « alinéa », la fin de la troisième phrase est supprimée ;

– après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, la commission mentionnée au premier alinéa émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider de la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. » ;

f L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « d'une année » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant dans leur spécialité » et, à la fin, les mots : « , dans un établissement de santé » sont supprimés ;

– après le mot : « fixé », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « en application du deuxième alinéa. » ;

– après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, la commission mentionnée au premier alinéa émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. » ;

g (nouveau) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~H.~~ L'article L. 4221-12 ~~du code de la santé publique~~ est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au premier alinéa, les mots : « le directeur général du Centre national de gestion peut, après avis d'une commission, composée notamment de professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « l'autorité compétente désignée par décret en Conseil d'État peut, après avis d'une commission nationale comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées » ;

2<sup>o</sup> Après le mot : « épreuves », la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « pour chaque profession et, le cas échéant, pour chaque spécialité est fixé par voie réglementaire. » ;

3<sup>o</sup> Le cinquième alinéa est supprimé ;

4<sup>o</sup> L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

~~⊕~~ À la première phrase, les mots : « de deux ans » sont supprimés ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Les personnes autorisées à exercer en application de l'article L. 4131-5 du présent code et justifiant de cinq années d'exercice dans les territoires mentionnés au même article L. 4131-5, à condition d'être lauréates des épreuves de vérification des connaissances, peuvent être dispensées du parcours de consolidation des compétences prévu au sixième alinéa du présent I. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

*h) (nouveau)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le parcours de consolidation de compétences mentionné aux sixième, septième et huitième alinéas du présent I peut notamment être réalisé au sein des établissements de santé publics ou privés à but non lucratif de santé, des établissements sociaux ou médico-sociaux ou au sein des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. » ;

2<sup>o</sup> L'article L. 4221-12 est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, les mots : « le directeur général du Centre national de gestion peut, après avis d'une commission, composée notamment de professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « l'autorité compétente désignée par décret en Conseil d'État peut, après avis d'une commission nationale, majoritairement composée de professionnels de santé et comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées » ;

*b)* Après le mot : « épreuves », la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « pour chaque profession et, le cas échéant, pour chaque spécialité est fixé par voie réglementaire. » ;

*c)* Le cinquième alinéa est supprimé ;

*d)* L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « de deux ans » sont supprimés ;

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~b)~~ Après le mot : « santé », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « comprenant un nombre de postes égal à celui fixé en application du deuxième alinéa. » ;

⇨ Après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, la commission mentionnée au premier alinéa émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. »

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

– après le mot : « santé<sub>2</sub> », la fin de la troisième phrase est ainsi rédigée : « comprenant un nombre de postes égal à celui fixé en application du deuxième alinéa. » ;

– après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « À l'issue d'un stage d'évaluation, dont la durée est déterminée par voie réglementaire, la commission mentionnée au premier alinéa émet un avis sur la poursuite du parcours de consolidation des compétences et peut décider la réalisation d'un stage complémentaire. La décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des épreuves mentionnées au deuxième alinéa. » ;

e) (nouveau) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes autorisées à exercer en application de l'article L. 4221-14-3 du présent code et justifiant de cinq années d'exercice dans les territoires mentionnés au même article L. 4221-14-3, à condition d'être lauréates des épreuves de vérification des connaissances, peuvent être dispensées du parcours de consolidation des compétences prévu au sixième alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

f) (nouveau) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le parcours de consolidation de compétences mentionné au sixième alinéa peut notamment être réalisé au sein des établissements de santé publics ou privés à but non lucratif de santé, des établissements sociaux ou médico-sociaux ou au sein des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. »

#### **Article 10 ter A (nouveau)**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4131-5 est ainsi modifié :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

a) Au premier alinéa, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2030 » et les mots : « et de la Martinique » sont remplacés par les mots : « de la Martinique et de Mayotte » ;

b) Les deuxième à quatrième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Une seule commission territoriale d'autorisation d'exercice est constituée pour la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon. » ;

c) Au huitième alinéa, les mots : « des commissions territoriales constituées » sont remplacés par les mots : « de la commission territoriale constituée » ;

2° L'article L. 4221-14-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2030 » et les mots : « et de la Martinique » sont remplacés par les mots : « de la Martinique et de Mayotte » ;

b) Les deuxième à quatrième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Une seule commission territoriale d'autorisation d'exercice est constituée pour la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon. » ;

c) Au huitième alinéa, les mots : « des commissions territoriales » sont remplacés par les mots : « de la commission territoriale ».

**Article 10 ter (nouveau)**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport chiffré sur les modes de recrutement des professionnels de santé dans les établissements de santé.

**Articles 10 ter et 10 quater  
(Supprimés)**

**Texte adopté par l'Assemblée  
nationale en première lecture**

**Article 10 *quater* (nouveau)**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur le déroulement de l'internat en médecine et sur le déroulement des études de santé médicales et paramédicales. Le rapport formule notamment des propositions pour améliorer le statut, la rémunération et la prise en charge des dépenses matérielles des étudiants en études de santé médicales et paramédicales, y compris des externes et des internes pendant leur internat. Il examine également la possibilité de créer des épreuves régionales pour l'internat en médecine afin que les futurs médecins puissent être davantage formés dans leur territoire d'origine et la possibilité d'externaliser davantage la formation des internes en médecine, notamment par un nombre plus élevé de semestres en dehors des centres hospitaliers universitaires.

**Article 11  
(Supprimé)**

**Texte adopté par le Sénat en première  
lecture**

**Article 11  
(Suppression conforme)**