

PROPOSITION DE LOI

AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

Première lecture

Réunie le mercredi 10 février 2021 sous la présidence de Mme Catherine Deroche (Les Républicains, Maine-et-Loire), présidente, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de M. Alain Milon (Les Républicains, Vaucluse) sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

La commission a adopté un texte largement remanié et supprimé 10 articles sur 37.

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

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

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

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

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

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

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

L'article 1^{er} de la proposition de loi, dans sa rédaction initiale, crée une « **profession médicale intermédiaire** » dont les contours - indéfinis - sont largement renvoyés au décret. Engagée sans concertation avec les professionnels intéressés et ne présentant pas d'articulation claire avec les métiers de santé existants, cette évolution a suscité l'opposition des professionnels de santé. L'Assemblée nationale en a abandonné le principe au profit d'un **état des lieux** préalable des autres « leviers efficaces et pertinents » à disposition, à savoir **des protocoles de coopération et de l'exercice en pratique avancé** ouvert par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 et autorisé depuis 2018 aux infirmiers dans certains domaines d'intervention.

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

MÀJ 19 FÉVRIER 2021

2. D'autres dispositions à l'opportunité discutable

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

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

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

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

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

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

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

L'**article 7 bis** introduit par l'Assemblée nationale donne une base législative au service d'accès aux soins expérimenté depuis janvier 2021 dans certains territoires. L'Assemblée nationale est revenue sur le principe contesté d'un numéro national unique dédié à la santé pour ménager plus de souplesse dans les organisations retenues par les acteurs de terrain. Alors que les conditions de mise en œuvre du SAS appellent toutefois la vigilance des professionnels libéraux, la commission a apporté plusieurs **clarifications** soulignant notamment l'indispensable coopération entre professionnels ambulatoires et hospitaliers dans son organisation.

3. UNE RÉFORME LARGEMENT INACHEVÉE DE LA GOUVERNANCE DES HÔPITAUX PUBLICS

A. UN PROBLÈME DE MÉTHODE

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

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

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

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

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

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

La commission a souhaité inscrire l'examen de ces articles dans le contexte plus général d'une appréciation de l'impact des GHT, sur laquelle elle avait demandé une étude à la Cour des comptes, publiée en octobre 2020. Invitée à se prononcer sur la **méfiance générale exprimée à l'égard des GHT**, qui entraînerait la spécialisation des établissements parties dans des activités moins valorisées au seul profit de l'établissement support, la Cour avait défendu une position rassurante, qui n'a que partiellement convaincu la commission. Cette dernière estime en effet le modèle des GHT beaucoup trop récent pour qu'on puisse conclure avec certitude au bénéfice de ses impacts sur l'offre de soins.

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

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

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

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

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

D. UNE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE REMANIÉE À LA MARGE

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

- le **risque de blocage** qui résultait d'une nomination par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement ;
- la **sécurisation des compétences du chef de service** sur les domaines que l'article 5 lui réserve, afin d'éviter les chevauchements possibles avec celles des chefs de pôle ;
- l'association du chef de service au **projet médical partagé** (PMP) élaboré dans le cadre du GHT ;
- enfin, l'approfondissement de la **délégation de gestion** au sein de l'établissement.

La commission a également apporté plusieurs modifications à l'**article 6**, estimant que ce dernier n'apportait pas de solution substantielle au défaut d'attractivité de l'hôpital public pour les **personnels paramédicaux** et dont les auditions du rapporteur ont révélé qu'il était en grande partie lié à un défaut de représentation auprès de la direction. Aussi, la commission a adopté un

amendement prévoyant l'inscription de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) au rang des organes représentatifs de l'établissement public de santé ainsi que **l'élection de son président par ses membres**.

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

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

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

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

La commission a apprécié l'intention de l'article tout en trouvant fort inopportun d'investir le comptable public d'une telle mission, en raison de son intervention tardive dans le circuit de la dépense, nécessairement postérieure à l'accomplissement du service.

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

4. D'AUTRES DISPOSITIONS DE NATURE DIVERSE

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

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

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



Catherine Deroche
Présidente
Sénatrice
(Les Républicains)
Maine-et-Loire



Alain Milon
Rapporteur
Sénateur
(Les Républicains)
Vaucluse

Commission des affaires sociales

<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>

01 42 34 20 00 – contact.sociales@senat.fr

Consulter le dossier législatif :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp120-200.html>

**SUR LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX PROFESSIONS DE SANTÉ ET À L'ORGANISATION DES SOINS, LE SÉNAT A COMPLÉTÉ LA PROPOSITION DE LOI POUR :**

- intégrer les infirmiers anesthésistes dans l'exercice en pratique avancée afin de valoriser leur qualification et leurs missions (article 1^{er} *bis* AA) ;
- élargir la faculté de prescription des sages-femmes (article 2 *quater*) et reconnaître le principe d'une sage-femme référente afin de coordonner le parcours de prise en charge d'une femme enceinte (article 2 *quinquies* AA) ;
- ouvrir de nouvelles compétences aux professionnels de santé en matière de prévention du VIH (articles 2 *sexies* et 2 *septies*) ;
- autoriser les ergothérapeutes à prescrire des aides techniques, suivant une recommandation du rapport du Pr Denormandie et de Mme Chevalier (article 2 *octies*) ;
- faciliter l'accès aux soins d'orthophonie (article 2 *nonies*) ;
- étendre les prérogatives des pharmaciens et biologistes en matière de vaccination (articles 2 *decies* et 2 *undecies*).

SUR LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE, LE SÉNAT A APPORTÉ PLUSIEURS MODIFICATIONS AU TEXTE DE LA COMMISSION, NOTAMMENT :

- la fixation d'une échéance pour le décret d'application des dispositions législatives prévoyant de lutter contre la concurrence déloyale faite par certains praticiens libéraux aux praticiens hospitaliers publics en zone de revitalisation rurale (article 4 *quater* A) ;
- la possibilité pour les praticiens exerçant en établissement de santé privé à intérêt collectif (ESPIC) de pratiquer des dépassements d'honoraires (article 4 *quinquies*). Cette disposition particulière a recueilli l'avis favorable du Gouvernement ;
- l'attribution d'une voix par établissement dans les instances collégiales du groupement hospitalier de territoire (article 7 *bis* A) ;
- la présence du président du conseil régional au sein du conseil de surveillance des établissements publics de santé (article 9 *ter* A) ;
- la suppression de l'article 10, qui proposait un nouveau mode de lutte contre l'intérim médical abusif ; il reviendra donc à la navette de définir des dispositions adaptées.

SUR LE VOLET RELATIF À LA SIMPLIFICATION DES DÉMARCHES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP :

- Le Sénat a affirmé la nécessité d'une concertation avec les départements dans la définition des services personnalisés de la plateforme prévue par l'article 14.
- Il a introduit un « référent handicap » dans chaque établissement de santé afin de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et la prise en compte de leurs besoins (article 14 *bis* A).
- **Au terme de son examen en première lecture, le Sénat a adopté 9 articles conformes ; il en a supprimé 12. 46 articles restent en discussion.**