

PROPOSITION DE LOI

AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

Nouvelle lecture

Réunie le mercredi 24 mars 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) en **nouvelle lecture** sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Ce texte comportant initialement 15 articles en comptait 35 à l'issue de son examen en première lecture par l'Assemblée nationale. À l'issue de son examen au Sénat, 46 articles restaient en discussion après l'adoption conforme de sept articles, la suppression conforme de deux articles, la suppression de 12 articles et l'insertion de 18 articles additionnels.

En raison d'un grand nombre de divergences sur un texte dont la commission avait regretté le manque d'ambition, la commission mixte paritaire réunie le mardi 2 mars 2021 n'est pas parvenue à l'établissement d'un texte commun.

Lors de l'examen de ce texte en nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a rétabli, pour l'essentiel, son texte de première lecture, tout en acceptant certains apports du Sénat. Elle a ainsi adopté ou supprimé 9 articles conformes et supprimé 7 articles introduits par le Sénat.

Plusieurs dispositions restant en discussion traduisent des désaccords de fond sur lesquels la navette n'a pas permis, à ce stade, de faire émerger des positions de compromis. Dans ces conditions, la commission a considéré qu'il n'était pas utile de poursuivre l'examen du texte en nouvelle lecture : elle proposera en séance l'adoption d'une **motion tendant à opposer la question préalable**.

1. DES DIVERGENCES DE PRINCIPE SUR LE VOLET RELATIF AUX PROFESSIONS DE SANTÉ, EN DÉPIT DE PLUSIEURS CONCESSIONS AUX APPORTS DU SÉNAT

A. DES COMPÉTENCES NOUVELLES INTRODUITES PAR LE SÉNAT SONT CONFIRMÉES DANS LE TEXTE DE NOUVELLE LECTURE

Sur cette partie du texte, l'Assemblée nationale a maintenu six articles sur les neuf insérés par le Sénat, parfois en y apportant des modifications.

• **Les députés sont revenus sur plusieurs dispositions relatives aux compétences des professionnels de santé introduites par le Sénat, en supprimant :**

- à l'initiative du Gouvernement, l'**article 1^{er} bis AA** introduit à l'initiative de sénateurs de différents groupes et conduisant à assimiler les infirmiers anesthésistes aux infirmiers de pratique avancée. Parallèlement, les députés ont prévu à l'article 1^{er} qu'une réflexion soit engagée sur l'ouverture de l'exercice en pratique avancée aux infirmiers spécialisés ;

- à l'initiative de la rapporteure, les **articles 2 sexies et 2 septies** portant sur les prérogatives des professionnels de santé en matière de prise en charge et de prévention du VIH (délivrance d'autotests et de traitements de prophylaxie). Ces dispositions ont été jugées trop prématurées à la veille de la feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle.

• **La navette a permis toutefois de confirmer plusieurs apports du Sénat :**

- l'**article 1^{er} ter** adopté en commission qui étend la participation au sein du comité national des coopérations interprofessionnelles à un représentant du ministère en charge du **handicap** ;

- l'**article 2 quinquies AA** ouvrant la possibilité de désigner une **sage-femme référente**, moyennant un ajustement rédactionnel ;

- l'**article 2 octies**, issu d'amendements présentés par des sénateurs de différents groupes, autorisant la prescription d'aides techniques par les **ergothérapeutes** ; l'Assemblée nationale a ajusté ces dispositions pour autoriser par ailleurs ces derniers à renouveler, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie (amendement LREM) ;

- les **articles 2 decies et 2 undecies**, introduits à l'initiative de Mmes Corinne Imbert (LR) et Véronique Guillotin (RDSE), qui étendent la possibilité de **vacciner**, respectivement, aux pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI) et aux biologistes. D'abord supprimé en commission, l'article 2 *decies* sur les PUI a été réintroduit en séance publique à l'initiative de députés LR et socialistes notamment.

• Par ailleurs, l'Assemblée nationale a **maintenu l'article 2 nonies inséré au Sénat mais en en proposant une nouvelle rédaction qui en modifie substantiellement la portée** : le Gouvernement, sans être favorable à l'accès direct aux actes d'orthophonie, a ainsi proposé d'autoriser les **orthophonistes** à adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an, comme sont notamment autorisés à le faire les masseurs-kinésithérapeutes.

Les députés ont enfin rétabli leur rédaction de première lecture de l'**article 2 quinquies** sur la prescription de produits de santé par les masseurs-kinésithérapeutes, tout en conservant la rédaction qu'en avait proposé le Sénat afin de rendre applicable la faculté de ces professionnels d'adapter une prescription, qui leur avait été ouverte par la loi « santé » de 2016.

B. LE RÉTABLISSEMENT PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE DE DISPOSITIONS DONT LE SÉNAT AVAIT CONTESTÉ LA PORTÉE OU L'OPPORTUNITÉ

1. Sur les coopérations entre professionnels de santé

Sur ce volet, l'Assemblée nationale a rétabli pour l'essentiel son texte de première lecture.

• C'est ainsi le cas de l'**article 1^{er}** instituant initialement une profession médicale intermédiaire et transformé en première lecture en **demande de rapport** sur les protocoles de coopération et l'exercice en pratique avancé. **Le Sénat avait supprimé cet article en le considérant vidé de toute portée.**

Les députés ont rétabli cet article dans sa rédaction de première lecture, en prévoyant en outre que le rapport ainsi sollicité examinera :

- l'opportunité d'un accès direct aux soins de masso-kinésithérapie (amendement de la rapporteure) ;

- le déploiement de la pratique avancée pour l'ensemble des professions d'auxiliaire médical, dont les infirmiers spécialisés (amendement de M. Julien Borowczyk).

• Les députés ont également **rétabli l'article 1^{er} bis** réécrit au Sénat, réformant une nouvelle fois le cadre juridique des protocoles de coopération locaux déjà remis à plat par la loi « santé » de 2019. Si la volonté de simplifier ces démarches de délégation de tâches au sein d'une équipe de soins est louable, il est possible de s'interroger sur l'opportunité d'engager une nouvelle refonte de ce dispositif tout en proposant, comme le fait l'article 1^{er}, d'en établir le bilan.

Seul un ajustement a été apporté au texte de première lecture : comme l'avait proposé le Sénat, ces protocoles sont ouverts aux professionnels des services médico-sociaux et non des seuls établissements médico-sociaux.

• L'Assemblée nationale a enfin **rétabli l'article 1^{er} bis A** sur la coopération entre les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale, dont la commission avait contesté, sur le fond, l'opportunité et, sur la forme, le lien avec le texte.

2. Sur les compétences des sages-femmes

Le texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a confirmé des divergences de fond avec la commission et le Sénat sur ce sujet, en rétablissant dans la rédaction de première lecture :

- l'**article 2 bis** autorisant le renouvellement d'arrêts de travail par les sages-femmes, que le Sénat avait circonscrit aux sages-femmes prescriptrices de l'arrêt initial ;
- l'**article 2 quater** ouvrant la voie à la prescription du dépistage et du traitement des infections sexuellement transmises aux femmes et à leurs partenaires par des sages-femmes, que le Sénat avait circonscrit, pour les hommes, au seul dépistage ;
- l'**article 2 quinquies B** autorisant les sages-femmes à orienter les patients vers un médecin spécialisé, que le Sénat avait considéré comme de nature à porter atteinte à la cohérence du parcours de soins coordonné.

Les députés ont rétabli dans sa rédaction de première lecture l'**article 2 quinquies A** que le Sénat avait réécrit en séance publique, à l'initiative de M. Jean-François Longeot et contre l'avis défavorable de la commission, pour étendre le pouvoir de prescription des sages-femmes à tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession.

2. LE MAINTIEN D'UN DÉSACCORD DE FOND SUR LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE MALGRÉ PLUSIEURS CONVERGENCES

A. DES POSITIONS DU SÉNAT REJOINTES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN NOUVELLE LECTURE

1. Des adoptions et suppressions conformes

Six articles relatifs à la gouvernance hospitalière ont fait l'objet d'une adoption ou d'une suppression conforme par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture et sont en conséquence sortis de la navette parlementaire :

- l'**article 4 bis**, autorisant l'intervention de **bénévoles** à titre individuel, en dehors du cadre des associations, dans les établissements de santé, avait été supprimé par le Sénat en première lecture, en raison notamment d'importantes réserves émises sur l'assurance qu'une formation adéquate leur serait dispensée. Ces doutes ayant été finalement partagés par la rapporteure de l'Assemblée nationale, la suppression de cet article a été maintenue ;
- l'**article 4 ter**, relatif à l'intervention de praticiens bénévoles, a été adopté par l'Assemblée nationale avec la précision introduite par le Sénat à l'initiative de M. Bernard Jomier (SER), pour que ce recours ne se substitue pas au recrutement de titulaires pour des postes vacants ;
- l'**article 4 quinquies**, issu d'un amendement de M. Bernard Bonne (LR), qui autorise les professionnels hospitaliers travaillant au sein d'établissements de santé privés à intérêt collectif (Espic) à maintenir des dépassements d'honoraires sans menacer l'accès aux soins ;
- l'**article 5 bis A**, issu d'un amendement de M. Jean-Marie Vanlerenberghe (UC), sur la prise en compte par le projet d'établissement de la pertinence des soins ;
- l'**article 7 bis B**, issu d'un amendement de M. Dominique Théophile (RDPI), sur l'interopérabilité du système d'informations commun dont le groupement hospitalier de territoire (GHT) doit assurer la mise en œuvre ;
- enfin l'**article 14 bis A**, introduit par des amendements de MM. Philippe Mouiller (LR) et Martin Lévrier (RDPI) sur la désignation d'un **référént handicap** dans chaque établissement de santé.

2. Plusieurs convergences de vues

Outre l'adoption de ces articles, qui témoigne d'une convergence de vues réelle des deux assemblées à plusieurs égards, **l'Assemblée nationale a adhéré à plusieurs dispositifs introduits par le Sénat en première lecture, en y apportant toutefois plusieurs ajustements** :

- concernant le dispositif d'appel adopté par le Sénat sur la proposition de M. Jean-Marie Vanlerenberghe (UC) sur l'entrée en vigueur des dispositions légales relatives à la **clause de non-concurrence des praticiens hospitaliers reconvertis dans l'activité libérale**, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, tout en reconnaissant son bien-fondé, a jugé préférable de **supprimer l'article 4 quater A**, le Gouvernement lui ayant assuré que la mesure serait couverte par les ordonnances de la loi OTSS ;

- s'agissant des réserves importantes qu'avait exprimées le Sénat sur l'**article 4 quater**, qui prévoit la possibilité pour le directeur d'hôpital de consulter le fichier national des déclarations préalables à l'embauche (DPAE) pour s'assurer de la régularité des cumuls d'activité des praticiens hospitaliers, les arguments apportés par le Gouvernement à l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, selon lesquels cet article fournirait un levier efficace pour empêcher **deux cas particuliers de cumul irrégulier** – « *les personnels se mettant en arrêt maladie pour travailler dans une autre structure de soins et les médecins ou personnels paramédicaux qui font de l'intérim en parallèle de leur emploi* » – rendent effectivement le dispositif beaucoup plus opérationnel ;

- à l'**article 5** de la proposition de loi, qui inscrit dans la loi la fonction de chef de service hospitalier, le Sénat se félicite du maintien par l'Assemblée nationale de son amendement clarifiant la **répartition des compétences entre le service et le pôle** ainsi que de deux amendements adoptés en séance publique qui ont confirmé les propositions du Sénat sur la **suppression de la concertation interne** préalable à la nomination du chef de service et la **collaboration avec le cadre de santé** ;

- l'**article 5 bis**, relatif à la définition du projet médical d'établissement, avait été profondément réécrit par la commission des affaires sociales du Sénat, dans le double objectif d'y associer activement les membres de la commission médicale d'établissement (CME) – et non son seul président – mais également de prévoir un **rôle identique pour la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) pour la dimension infirmière du projet d'établissement**. La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a largement souscrit à cette intention. Le Gouvernement a déposé un amendement à cet article en séance publique afin qu'il soit tenu compte des « *importants travaux de concertation conduits avec l'ensemble des fédérations et organisations hospitalières* », sans en modifier le principe ;

- à l'**article 6**, qui concentre l'un des principaux points de désaccord des deux assemblées, l'Assemblée nationale a néanmoins retenu l'explicitation par le Sénat des **modalités de dissolution de la commission médico-soignante (CMS)** lorsque la demande en est faite par une majorité d'une des deux commissions constitutives ;

- l'**article 6 bis**, relatif à la participation de la CSIRMT au programme d'investissement de l'hôpital, avait été modifié par la commission des affaires sociales du Sénat dans un esprit de **renforcement de l'implication de cette instance dans la gouvernance hospitalière**. Il a été adopté par l'Assemblée nationale avec un amendement du Gouvernement visant à le rendre compatible avec les travaux de concertation dont la publication doit prochainement avoir lieu ;

- sur le service d'accès aux soins (SAS) à l'**article 7 bis**, certaines clarifications du texte adoptées au Sénat ont été maintenues mais la commission regrette que l'Assemblée nationale ait finalement supprimé plusieurs modifications contribuant à préciser l'articulation entre le SAS et la permanence des soins ambulatoires assurée par les professionnels libéraux ;

- à l'**article 9**, sans que les deux assemblées n'aient à ce stade dissipé l'ensemble de leurs désaccords, la commission se réjouit du maintien d'une disposition qu'elle avait insérée relative à la **diffusion à l'ensemble du personnel d'un relevé de conclusions de chaque séance du directoire** ;

- l'**article 9 bis**, qui prévoyait une modalité spécifique de **déclaration de conflit d'intérêts par le directeur d'hôpital auprès du conseil de surveillance de l'établissement**, avait suscité l'inquiétude de la commission des affaires sociales du Sénat, notamment quant à son articulation avec le cadre général décrit par la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. La rédaction alternative proposée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a tenu compte de ces considérations ;

- enfin l'**article 11 ter**, issu d'un amendement de notre collègue Brigitte Micouveau sur l'introduction d'un **volet psychologique au projet d'établissement**, a été retenu par l'Assemblée nationale après avoir été précisé par un amendement du Gouvernement.

B. LE MAINTIEN D'IMPORTANTES LIGNES ROUGES

Pour autant, sur de nombreux sujets déterminants, des **désaccords profonds** entre les deux chambres se maintiennent.

1. La territorialisation de l'offre de soins hospitaliers

Sur la réorganisation territoriale de l'offre de soins hospitaliers, les positions réaffirmées en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale témoignent d'une **ambiguïté surprenante**.

• Alors que l'ensemble des acteurs auditionnés – ainsi que les pouvoirs publics – s'accordent sur l'urgence d'assurer, en partenariat avec les acteurs locaux de santé, un **maillage plus pertinent et mieux intégré de l'offre de soins**, les dispositions introduites par le Sénat allant dans ce sens ont été systématiquement balayées, sans pour autant que soit remis en cause le **dispositif unanimement décrié de l'article 4** sur l'attribution à l'établissement support du GHT d'une compétence de recrutement pour le compte d'un établissement partie, rétabli par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

Attentif à l'**opinion contrastée qu'inspirent actuellement les GHT** aux acteurs locaux de santé – défiance pour ceux qui estiment qu'ils appauvrissent l'offre de proximité, nécessité pour ceux qui y voient un outil opportun de rationalisation de l'offre territoriale – le Sénat avait prévu, en première lecture, plusieurs mesures visant à **renforcer l'implication des acteurs locaux de santé dans leur élaboration**, afin de les prémunir contre toute forme de « logique descendante ». Il s'agissait :

- à l'**article 4**, de l'association des acteurs de santé privés, avec voix consultative, au comité stratégique des GHT ;

- à l'**article 5**, de l'association des chefs de service des établissements parties au PMP des GHT qu'ils intègrent ;

- à l'**article 6**, de l'association des CSIRMT à ces mêmes PMP ;

- enfin, à l'**article 7 bis A**, d'une disposition issue d'un amendement de M. Patrice Joly et tendant à inscrire dans la loi le principe de l'attribution d'une voix par membre ayant voix délibérative au sein d'un GHT.

Aucune de ces dispositions n'a été retenue par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

• Par ailleurs, la commission des affaires sociales du Sénat s'était efforcée de répondre, en première lecture, à l'une des demandes émises par l'ensemble des professionnels de santé et directeurs d'établissement auditionnés, qui ont exprimé l'urgence de faire du **projet territorial de santé (PTS) un instrument déterminant dans la structuration de l'offre de soins**. À l'heure actuelle, bien que fortement encouragée par les pouvoirs publics et recommandée par le rapport du professeur Olivier Claris¹, son élaboration n'est pas obligatoire, privant ainsi les projets régionaux de santé édictés par les agences régionales de santé (ARS) de l'expression directe des besoins de santé par les acteurs concernés.

L'Assemblée nationale, confondant curieusement la cause et la conséquence, a estimé que « *les PTS ne [pouvaient] aboutir que lorsqu'il existe déjà un certain niveau de coordination entre [les] différents acteurs* », ce que le PTS a pourtant précisément vocation à impulser... Elle a par conséquent supprimé la disposition que le Sénat avait introduite à l'**article 4** sur l'élaboration obligatoire des PTS par les acteurs locaux de santé.

¹ Recommandation n° 42.

2. La composition et l'organisation de diverses instances de gouvernance hospitalière

La réforme de plusieurs **instances de gouvernance hospitalière** a constitué un autre point d'achoppement.

À l'**article 8**, le Sénat s'était montré en première lecture globalement favorable à un élargissement de la liberté d'organisation de l'établissement, sous réserve d'une **préservation du directoire**, dont le maintien avait été estimé indispensable à de nombreux acteurs auditionnés. Cette réserve n'a pas été retenue par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

De même, à l'**article 9**, considérant que « *les étudiants exercent très temporairement dans les établissements : leur apport réel sur la stratégie d'établissement ne peut qu'être limité, sachant qu'il est [déjà] jugé mince au sein des CME* »¹, le Sénat n'avait pas jugé utile d'ouvrir le directoire aux étudiants en santé, possibilité rétablie par l'Assemblée nationale.

L'Assemblée nationale a par ailleurs supprimé deux dispositifs additionnels introduits par le Sénat :

- l'**article 9 ter A**, sur l'initiative de M. Franck Ménonville (LIRT), qui prévoyait la participation de droit au conseil de surveillance de l'établissement du président du conseil régional et qui réservait la présidence du conseil de surveillance à un élu local ;

- l'**article 9 ter**, sur l'initiative de M. Bernard Jomier (SER), qui attribuait au conseil de surveillance un pouvoir de délibération sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles.

Quant à l'**article 8 bis**, relatif à la présence de parlementaires au sein du conseil de surveillance, la rédaction finalement retenue par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture ne laisse pas de surprendre.

L'article 8 bis issu des travaux de l'Assemblée nationale en nouvelle lecture : un dispositif incongru

Alors que la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait initialement maintenu la suppression de cet article décidée au Sénat en première lecture, un amendement de la rapporteure adopté en séance publique en seconde délibération a procédé à son rétablissement, en prévoyant que « *peuvent participer aux réunions du conseil de surveillance avec voix consultative le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé et un sénateur élu du département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé, désigné par la commission des affaires sociales du Sénat* ».

Ce dispositif alternatif à celui présenté par l'Assemblée nationale en première lecture, censé pallier les difficultés de désignation des parlementaires élus dans le cadre d'une circonscription départementale, pose un problème d'effectivité et un problème juridique.

D'une part, il est difficilement imaginable pour la commission des affaires sociales du Sénat de procéder, sur son ordre du jour ordinaire, au recensement exhaustif de l'ensemble des établissements publics de santé et à la désignation, sur des critères non définis et parmi les sénateurs du département concerné (dont la plupart ne seront par ailleurs pas membres de ladite commission), de celle ou celui qui pourra siéger à chaque conseil de surveillance.

D'autre part, la désignation de parlementaires au sein d'organismes extra-parlementaires (OEP) est, en vertu de l'**article 9 du Règlement du Sénat**, une prérogative exercée par le président du Sénat, et non par une commission permanente.

Outre l'incongruité de la rédaction retenue, la commission des affaires sociales du Sénat maintient les réserves qu'elle avait exprimées à l'égard de l'article 8 bis, considérant que le relais des besoins de la population auprès du conseil de surveillance est déjà largement assuré par ses membres élus locaux.

¹ Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier.

3. Le retrait à la CSIRMT de la qualité d'organe représentatif

Malgré la volonté revendiquée par le texte initial de traduire par voie législative les recommandations issues des concertations du Ségur de la santé, la demande exprimée par les personnels paramédicaux d'une **participation accrue à la direction de l'établissement** et d'une **plus grande représentativité du président de la CSIRMT**, bien qu'explicitement formulée par le rapport Notat, ne faisait l'objet d'aucune disposition. C'est la raison pour laquelle la commission des affaires sociales du Sénat avait prévu à l'**article 6**, en première lecture, **l'inscription de la CSIRMT au rang des organes représentatifs** de l'établissement et **l'élection de son président par ses membres**. Elle en avait déduit plusieurs conséquences à l'**article 9** sur la présence de ce président élu au directoire.

L'objectif de ces mesures était de rehausser le rôle de la CSIRMT parmi les organes de l'établissement, afin de garantir aux personnels paramédicaux la représentation assurée par ailleurs au corps médical et la participation au projet d'établissement. Le Sénat s'est étonné de la vive opposition qu'elles ont suscitée auprès de diverses associations de directeurs de soins, auxquels était pourtant conservée l'appartenance de droit au directoire.

On ne peut que déplorer que l'Assemblée nationale n'ait pas souhaité, en nouvelle lecture, saisir cette occasion, aux seuls motifs que les modifications apportées par le Sénat changeraient *« profondément la nature de [la CSIRMT], apporterai[en]t de la confusion entre le rôle de celle-ci et le rôle du comité technique d'établissement et affaiblirai[en]t le rôle du directeur des soins, qui doit au contraire être revalorisé »*.

4. Des questions irrésolues sur les ressources humaines hospitalières

C'est sans doute sur les **questions relatives à la gestion des ressources humaines hospitalières** que les oppositions entre les deux chambres ont été les plus manifestes.

- Concernant la simplification de recrutement des praticiens hospitaliers prévue par l'**article 3**, l'Assemblée nationale ne s'est pas montrée aussi sensible que le Sénat sur les risques que cet **article comportait pour le principe du recrutement par concours** et a choisi de rétablir sa version de première lecture.

- De façon assez surprenante, l'Assemblée nationale s'est montrée particulièrement rétive aux facilités introduites par le Sénat en première lecture à l'**article 5** pour la **nomination du chef de service**. Bien que sensible à l'idée d'une décision conjointe de l'autorité gestionnaire et de l'autorité médicale, qui matérialise l'une des revendications fortes du Ségur de la santé sur la « remédicalisation » de la gouvernance hospitalière, le Sénat avait identifié un risque de blocage en cas de désaccord entre ces deux autorités et avait estimé préférable d'éviter les conflits potentiels en prévoyant la décision du directeur d'établissement en dernier recours. Cette disposition, décrite par la rapporteure de l'Assemblée nationale comme *« point de blocage majeur »*, a donc été supprimée en nouvelle lecture.

- Au même **article 5**, l'Assemblée nationale n'a pas retenu le principe d'une **délégation de signature du directeur d'établissement au chef de pôle** pour la gestion des ressources humaines ainsi que pour l'engagement de dépenses de fonctionnement et d'investissement de montant limité. Ces modifications, qui allaient pourtant dans le sens de la recommandation issue du Ségur de la santé sur une gestion hospitalière plus décentralisée, ont été écartées par la rapporteure, pourtant *« loin d'y être défavorable »*, au seul motif qu'elles auraient été *« imposées par la loi à chaque établissement »*.

- Mais c'est sur l'**article 10**, qui renforce la **lutte contre le recours abusif à l'intérim**, que le Sénat s'est montré le plus circonspect. Bien qu'il rejoigne absolument l'Assemblée nationale dans la conviction que cette lutte doit être résolument menée, il ne partage pas ses vues sur la méthode envisagée.

Le décret du 24 novembre 2017 sur les plafonds de rémunération des praticiens intérimaires a indéniablement constitué une première avancée, mais son application gravement lacunaire a conduit l'Assemblée nationale à proposer, par l'article 10, un dispositif consistant à investir le comptable public de l'hôpital d'une mission de police du recours abusif. Le Sénat a tenté d'alerter, en commission des affaires sociales puis en séance publique au terme d'un débat nourri avec le ministre des solidarités et de la santé, contre les **faux espoirs suscités par cette idée** : il est en effet fort peu probable qu'un directeur d'hôpital de zone sous-dotée contraint de recourir à l'intérim refuse d'emblée les prix qui lui sont imposés par l'intérimaire au motif que le comptable public pratiquera une régularisation *a posteriori*.

Le transfert du contrôle de légalité de la dépense d'intérim à l'issue de l'engagement de cette dernière exposera au contraire l'hôpital – et son directeur – à d'importants contentieux. Cette disposition, essentiellement d'affichage, présente beaucoup plus de dangers que de ressources.

Sur cette question particulièrement délicate, la commission des affaires sociales du Sénat remarque que les reproches adressés par la rapporteure de l'Assemblée nationale au dispositif alternatif qu'elle avait proposé ne sont **pas fondés**. En considérant que le recours aux instruments budgétaires ordinaires par lesquels l'établissement de santé rend compte à l'ARS de sa gestion – établissement prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) et compte financier – n'offre pas le degré de précision suffisant à la détection d'un recours abusif à l'intérim médical, l'Assemblée nationale ignore les dispositions de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique, auxquelles le Sénat avait arrimé son dispositif alternatif, et qui mentionne expressément un « **montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire** ».

La commission entend précisément faire figurer au compte financier de l'établissement les **dépenses individuelles facturées par intérimaire** et, en cas de dépassement du montant journalier évoqué, prévoyait l'obligation pour le directeur général de l'ARS de déférer au tribunal administratif les actes contractuels irréguliers avec recours de plein contentieux.

• Enfin, l'Assemblée nationale a rétabli dans sa rédaction originelle l'**article 11** de la proposition de loi, qui prévoit un volet managérial et de gouvernance au projet d'établissement, que le Sénat avait supprimé le considérant déjà largement satisfait.



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/ppl20-200.html>