

N° 2064

N° 586

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale  
le 20 juin 2019

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 20 juin 2019

# RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE <sup>(1)</sup> CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE  
SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *relatif à  
l'organisation et à la transformation du système de santé*,

PAR M. Thomas MESNIER,  
Rapporteur,  
Député

PAR M. Alain MILON,  
Rapporteur,  
Sénateur

---

(1) Cette commission est composée de : Mme Élisabeth Doineau, *sénatrice, présidente* ; Mme Brigitte Bourguignon, *députée, vice-présidente* ; M. Alain Milon, *sénateur*, M. Thomas Mesnier, *député, rapporteurs*.

*Membres titulaires* : Mmes Martine Berthet, Corinne Imbert, M. Yves Daudigny, MM. Bernard Jomier, Michel Amiel, *sénateurs* ; Mmes Stéphanie Rist, Albane Gaillot, MM. Jean-Pierre Door, Gilles Lurton, Cyrille Isaac-Sibille, *députés*.

*Membres suppléants* : Mmes Laurence Cohen, Chantal Deseyne, Nadine Grelet-Certenais, Véronique Guillotin, MM. René-Paul Savary, Jean Sol, Jean-Marie Vanlerenberghe, *sénateurs* ; Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, MM. Laurent Pietraszewski, Olivier Véran, Joël Aviragnet, Paul Christophe, Pierre Dharréville, Mme Jeanine Dubié, *députés*.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale** (15<sup>ème</sup> législ.) : Première lecture : **1681, 1762, 1767** et T.A. **245**

**Sénat** : Première lecture : **404, 515, 516, 524, 525** et T.A. **109** (2018-2019)  
Commission mixte paritaire : **587** (2018-2019)

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	5
TABLEAU COMPARATIF .....	39



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

---

*Mesdames, Messieurs,*

*Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande du Premier ministre, la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé se réunit au Sénat le jeudi 20 juin 2019.*

*La commission mixte paritaire procède d'abord à la désignation de son bureau, constitué de Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente, de Mme Brigitte Bourguignon, députée, vice-présidente, de M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat et de M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.*

\*

\* \*

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – J'indique que M. Michel Amiel est suppléé par Mme Véronique Guillotin.

Notre commission mixte paritaire est réunie pour étudier la possibilité de parvenir à un texte commun sur les dispositions restant en discussion, que je laisserai les rapporteurs nous présenter. Le rapporteur pour le Sénat, Alain Milon, va d'abord présenter le texte issu des débats du Sénat, dernière assemblée saisie. Thomas Mesnier formulera ensuite ses observations.

**Mme Brigitte Bourguignon, députée, vice-présidente.** – Je vous remercie de nous accueillir au Sénat, et me réjouis que cette commission mixte paritaire intervienne dans des conditions plus satisfaisantes que celles qui entourent trop souvent l'examen de nos textes. Le délai qui nous sépare du vote du texte par le Sénat et celui dont nous disposons d'ici la séance publique ont permis de mener des échanges d'une rare densité et d'une grande qualité.

Ces échanges étaient nécessaires. Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé appartient à la catégorie des textes « structurants » : la réforme des études médicales, l'organisation territoriale des soins ou la coopération entre professionnels de santé sont autant d'axes déterminants s'agissant d'une politique publique fondamentale pour nos concitoyens. Parce qu'il est important, parce qu'il engage l'avenir, un accord entre nos deux assemblées sur ce texte est à la fois difficile et symbolique.

Je voudrais donc remercier nos deux rapporteurs, qui ont multiplié les échanges, jusqu'à la soirée d'hier. Notre dossier comporte des propositions de rédaction ; j'en conclus que nos rapporteurs se sont mis d'accord sur un texte d'équilibre. Je vous propose, madame la présidente, de vérifier immédiatement avec eux que tel est bien le cas.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Comme cela est d'usage, je vous rappelle quelques éléments chiffrés sur le texte dont nous abordons aujourd'hui l'examen en vue d'aboutir, je l'espère, à un texte commun à nos deux assemblées.

Le projet de loi comptait initialement 23 articles. Il en comportait 50 de plus lors de sa transmission au Sénat. Nous avons abordé son examen dans un esprit constructif. Sans revenir sur l'équilibre général de nombreuses dispositions du texte initial et en confortant un certain nombre d'apports de l'Assemblée nationale, nous avons adopté près de 250 amendements émanant des différents groupes, 131 en commission puis 124 en séance publique. Le texte issu des travaux du Sénat compte ainsi 87 articles : 10 articles insérés par l'Assemblée nationale ont été supprimés ; 24 nouveaux articles additionnels ont été adoptés.

Restent en discussion 79 articles, puisque 18 ont été adoptés conformes par le Sénat. Parmi les articles restant en discussion, 10 n'ont fait l'objet, en outre, que d'ajustements rédactionnels.

Les principaux apports du Sénat ont été ciblés sur deux axes : la prise en compte des besoins des territoires et l'accompagnement de la transformation numérique de notre système de santé.

Une disposition retient ce matin tout particulièrement notre attention. Il s'agit, à l'article 2, de l'introduction d'une professionnalisation de la dernière année d'internat de médecine, sous la forme d'une année de pratique ambulatoire en autonomie, se déroulant en priorité dans les zones sous-dotées.

Cette disposition résulte d'une démarche transpartisane, puisque trois amendements identiques étaient présentés par Corinne Imbert, Yves Daudigny et Daniel Chasseing, issus de trois groupes politiques différents.

Elle vise à répondre à une urgence dont l'écho se fait entendre dans chacun de nos territoires respectifs, et qui s'est largement exprimée dans le grand débat national. On ne peut plus attendre dix ou quinze ans, en comptant sur les effets encore incertains de la réforme du *numerus clausus*, pour traiter les difficultés d'accès aux soins que subissent des millions de nos concitoyens.

Nos débats, au Sénat, ont été particulièrement vifs à ce sujet, comme ils l'avaient d'ailleurs été à l'Assemblée nationale, et un grand nombre de nos collègues ont plaidé pour des réponses plus dures et coercitives.

La disposition plus modérée et pragmatique que nous avons introduite nous a permis de contenir ces initiatives et de rester fidèles à la ligne de notre commission sur ce sujet. Cette disposition a été complétée par une mesure fiscale visant à inciter les jeunes praticiens à s'installer rapidement en libéral, et par une invitation des partenaires conventionnels à négocier.

Nous entendons les réactions vives des internes et des étudiants, que plusieurs d'entre nous avons reçus hier, et les réticences de certains collègues ce matin. Je souhaite néanmoins que notre commission mixte paritaire puisse s'accorder sur un texte qui adresse un signal aux élus et à nos concitoyens dans les territoires. Les échanges poursuivis avec Thomas Mesnier jusqu'à hier soir permettent de penser que ce sera bien le cas, grâce à la rédaction du compromis qui sera présenté.

Sur le volet numérique, nous avons enrichi de manière substantielle le projet de loi, en rendant automatique l'ouverture de l'espace numérique de santé et du dossier médical partagé (DMP), ou encore en renforçant les exigences d'interopérabilité. Ces apports du Sénat, introduits avec l'approbation du Gouvernement, devraient pouvoir être confirmés par notre commission mixte paritaire.

C'est le cas aussi d'autres dispositions et je remercie Thomas Mesnier, ainsi que Stéphanie Rist, pour nos échanges constructifs en amont de cette réunion.

J'entends bien que d'autres apports du Sénat pourraient ne pas recueillir le même sort favorable. Je le regrette notamment s'agissant de la composition des commissions médicales des groupements hospitaliers de territoires (GHT) : nous avons souhaité qu'elles émanent des commissions médicales des établissements parties, afin de ne pas en faire des instances hors sol ou au sein desquelles les établissements supports seraient parfois les seuls représentés. Nous aurons l'occasion d'aborder ce sujet, comme d'autres, lors de l'examen des articles.

Je conclus en regrettant que le Gouvernement ait fixé la date de la discussion et du vote sur les conclusions de cette commission mixte paritaire au 23 juillet.

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Le Sénat a récemment approuvé le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation de notre système de santé, que j'aime appeler « Ma santé 2022 ».

Les échanges avec Alain Milon, que je remercie pour son accueil, ont conduit à identifier un désaccord majeur concernant l'article 2 relatif au troisième cycle des études médicales.

En séance publique, le Sénat a procédé à l'ajout d'une disposition instaurant, en dernière année de troisième cycle, des stages d'une durée d'un an en ambulatoire, effectués prioritairement en zones sous-denses, dans le cadre d'une autonomie supervisée mais non liée à un tutorat. Si tout le monde s'accorde sur la nécessité de pourvoir des postes en zones sous-denses, cet objectif louable ne saurait se traduire, pour les étudiants, par une formation en retrait des exigences de l'enseignement universitaire. Le stage étant un apprentissage supervisé, il ne nous semble pas souhaitable de se priver d'un suivi, à charge pour le pouvoir réglementaire d'en déterminer les conditions.

La proposition de compromis qui s'est dégagée de nos échanges nous semble acceptable. J'ai parfaitement conscience de l'effort demandé au Sénat ; sachez que, de mon côté, je n'ai pas ménagé ma peine pour parvenir à un tel accord.

Au-delà de ce point capital, qui conditionne la réussite de notre commission mixte paritaire, plusieurs articles doivent être évoqués. Au sein du titre I<sup>er</sup>, au-delà des propositions de rédaction que nous vous soumettons, je note en particulier la reconnaissance des formations autour du « patient expert », à l'article 2 *bis*, qui était portée par Stéphanie Rist ; l'ajustement portant, à l'article 2 *ter*, sur les maîtres de stage, visant à garantir une certaine souplesse dans leur recrutement et à ne pas se priver de bonnes volontés ; la bienveillance de notre assemblée quant au maintien de l'article 4 *bis* A, introduit par le Sénat, qui vise à instaurer une obligation de négociation sur la participation des médecins à la réduction des inégalités territoriales dans le cadre conventionnel.

Au sein du titre II, une divergence portant sur l'évolution des groupements hospitaliers de territoire doit être surmontée. L'Assemblée nationale estime que le renforcement de la gouvernance médicale est nécessaire, *via* la création des commissions médicales de groupement et la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales. Les parties prenantes y sont d'ailleurs très attachées, et sont pleinement engagées dans cette transformation.

Outre ce point délicat, j'aimerais tout particulièrement souligner quelques points de convergence, qui m'apparaissent très encourageants. Les apports du Sénat ont été très nombreux à l'article 7 ; ils ont permis de consolider le projet territorial de santé. Je me félicite que nous ayons pu aboutir à une rédaction commune de l'article 7 *quinquies*, qui me tient spécialement à cœur. Les pharmaciens pourront ainsi délivrer des médicaments sous prescription médicale obligatoire, pour les cystites et les angines par exemple. Je sais que cet article a pu faire débat, mais la rédaction proposée apaisera toutes les craintes, et apportera un vrai changement dans le quotidien des Français.

Des échanges très constructifs sur les hôpitaux de proximité ont permis d'aboutir à une rédaction de l'article 8 qui garantira à nos concitoyens proximité et sécurité des soins, dans une logique de gradation des niveaux de recours. Nous aurons bientôt l'occasion de reparler ensemble du financement de ces hôpitaux de proximité, puisque le texte issu du débat parlementaire prévoit que ce sujet ne sera pas traité par ordonnance, mais bien dans le cadre du prochain PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale).

S'agissant du titre III, certaines modifications introduites par le Sénat peuvent encore faire l'objet d'ajustements, en particulier l'article 11 sur la création d'une plateforme des données de santé. Je tiens néanmoins à souligner que le Sénat a permis une avancée très importante dans le numérique en santé en prévoyant l'ouverture automatique du DMP pour tous, dès 2021, à l'article 12 *quater*.

Les évolutions votées par la haute chambre au sein du titre IV nous semblent globalement positives, même si quelques sujets de désaccord subsistent. Je pense notamment à la présidence du conseil de surveillance des agences régionales de santé (ARS) par le président du conseil régional ou aux modifications relatives aux Padhue (praticiens à diplôme hors Union européenne) n'ayant pas exercé en établissement de santé. Nous avons accepté d'évoluer, par exemple, sur la suppression de dispositifs dérogatoires en matière de médicaments à Mayotte ou sur le prolongement d'un an, dans certaines circonstances, du délai de reprise d'officine.

Sur les articles 18, 19 et 19 *quater*, relatifs respectivement aux captages d'eau, à l'habilitation visant à légiférer par ordonnance sur les assistants médicaux et à la sécurisation des gestes de ces mêmes assistants médicaux, nos approches ont certes été sensiblement différentes, mais je sais, au regard des excellents échanges que nous avons eus, que nous pouvons surmonter nos désaccords.

Quant au titre V, il a été le terrain d'un travail technique complémentaire entre nos deux assemblées.

L'ensemble de ces éléments me conduit à envisager une issue très positive pour nos discussions. La liasse de rédactions que nous vous proposons a fait l'objet d'échanges fournis, qui ont débouché sur un accord global entre rapporteurs. Je remercie une nouvelle fois le président Milon pour la qualité de notre dialogue.

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Vos propos sont de bon augure pour la suite de nos travaux.

**M. Jean-Pierre Door, député.** – Je m'exprimerai au nom du groupe des députés Les Républicains, qui n'avait pas majoritairement voté ce projet de loi, ni en commission ni en séance publique, contrairement à ce qui s'est passé au Sénat.



Légiférer par ordonnance, surtout sur des sujets d'importance tels que les établissements de santé de proximité, le projet territorial de santé ou la place des CME (commissions médicales d'établissement) dans les GHT, ne nous paraît pas opportun. Nous déplorons également que le ministère ait fait sienne une vision trop technocratique de la santé.

Toutefois, certains points de blocage ont été dénoués lors de nos débats à l'Assemblée nationale, s'agissant en particulier du *numerus clausus*, des hôpitaux de proximité, de l'organisation des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) et des assistants médicaux.

Le Sénat, lui, a mis l'accent sur les besoins des territoires, ce qui nous convient parfaitement, mettant à disposition des professionnels de santé une boîte à outils efficace.

Nous avons tiqué néanmoins – je dois le dire – sur l'amendement concernant la dernière année du troisième cycle des études de médecine, avec ce stage d'un an en ambulatoire. Mais tout semble rentrer dans l'ordre, depuis hier soir ; les conditions paraissent donc réunies pour que nous soyons favorables au texte qui, je l'espère, résultera des travaux de la commission mixte paritaire.

Je conclus en retenant deux points. En premier lieu, mon impression est qu'existe un trou dans la raquette pour certains Padhue, qui sont les oubliés de ce projet de loi. Une deuxième chose me trouble : la clause de non-concurrence, qui peut gêner les praticiens à temps partiel des hôpitaux souhaitant en même temps exercer une activité libérale - j'ai moi-même connu cette situation, dans un passé fort lointain, à l'époque où cette clause n'existait pas.

**M. Gilles Lurton, député.** – Je complète de quelques mots ce que vient de dire mon collègue en mentionnant une disposition qui avait été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale avant d'être supprimée par le Sénat : celle de l'article 10 *ter* sur la présence des parlementaires dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé, avec voix consultative. Depuis qu'il est interdit de cumuler les mandats de parlementaire et de maire, nous sommes complètement exclus du fonctionnement de ces établissements, tout en étant toujours les premiers saisis quand une difficulté se fait jour. Je souhaiterais donc que nous puissions revenir sur cette suppression.

**M. Yves Daudigny, sénateur.** – Le groupe socialiste et républicain du Sénat, que je représente ce matin avec Nadine Grelet-Certenais, avait soutenu avec détermination, lors des débats en séance publique, l'amendement visant à modifier la dernière année du troisième cycle des études de médecine.

Notre groupe avait par ailleurs voté contre le projet dans sa globalité, estimant que la balance bénéfiques-risques, comme disent les pharmaciens, n'était pas satisfaisante, en particulier au regard du recours exagéré aux ordonnances, qui permettront au Gouvernement de dessiner à sa seule main la nouvelle carte sanitaire du pays en réformant le régime des autorisations et les hôpitaux de proximité.

Il nous paraît aujourd'hui essentiel de garder ouverte une voie permettant de modifier les études de médecine générale et certaines études de spécialité au niveau du troisième cycle. Nous avons donc été attentifs aux travaux menés par les deux rapporteurs ; je les remercie pour l'énergie qu'ils ont consacrée à la recherche d'un compromis. Ce compromis nous paraît acceptable : nous l'approuverons tout à l'heure.

Les raisons qui motivaient notre opposition demeurent. Nous déterminerons notre position finale en fonction du sort de l'article 2.

**Mme Stéphanie Rist, députée.** – Je souhaite que nous revenions sur la suppression par le Sénat de la disposition relative à la participation des patients à la formation des professionnels de santé, pratique peu répandue dans les universités françaises au regard des exemples internationaux. Cette implication des patients valorise les connaissances acquises par le biais de leur expérience et permet une meilleure compréhension de leurs attentes et de leurs besoins par les futurs professionnels de santé.

Il me paraît important que le Sénat et l'Assemblée nationale parviennent à se mettre d'accord sur un sujet tel que la santé, qui nous concerne tous, quelles que soient nos appartenances politiques.

**M. Cyrille Isaac-Sibille, député.** – Le groupe des députés du Modem se félicite que le Sénat et l'Assemblée nationale aient voté le projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé, texte majeur à bien des égards.

Restent quelques ajustements à effectuer sur certaines modifications introduites par le Sénat. Nous sommes intéressés par la volonté de ne pas créer de voie royale en remplacement de la Paces (première année commune aux études de santé), par le rééquilibrage du contrat d'engagement de service public ou par le mécanisme d'incitation fiscale, *via* la suppression des cotisations, prévu pour les jeunes médecins s'installant en zone sous-dense.

Nous regrettons en revanche la suppression de la participation des parlementaires au sein de diverses instances ; notre rôle est bel et bien de faire le lien entre les instances nationales et les problématiques locales, au sein des ARS notamment.

Quant à la question de la responsabilité populationnelle, le Sénat a jugé que son traitement relevait d'une posture déclaratoire ; il s'agit pourtant d'un principe important. En matière de prévention notamment, une approche populationnelle est nécessaire.

Il semble intéressant, par ailleurs, d'améliorer l'association des collectivités locales à la mise en œuvre de la politique de santé - c'est le principe même de la démocratie sanitaire.

Enfin, nous nous félicitons que le Sénat ait œuvré en faveur d'un déploiement élargi et accéléré de l'espace numérique de santé et du DMP.

**Mme Corinne Imbert, sénatrice.** - La nouvelle rédaction, négociée entre les deux rapporteurs, de l'amendement adopté au Sénat à l'article 2 me convient. Cette disposition permet en effet d'envoyer un signal fort aux élus et à nos concitoyens - je remercie d'ailleurs nos collègues de tous les groupes du Sénat pour la qualité de notre travail en commun. Les difficultés d'accès aux soins, qui sont reconnues par les internes eux-mêmes, nous obligent et continueront à nous obliger ; je voterai en tout cas cette nouvelle rédaction.

Je remercie le rapporteur du Sénat pour l'énergie qu'il a déployée et le rapporteur de l'Assemblée nationale pour son écoute bienveillante.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, députée.** - Ma volonté est également que cette commission mixte paritaire soit conclusive ; l'application de ce projet de loi ambitieux est très attendue, notamment dans nos territoires ruraux.

Un mot sur le titre I<sup>er</sup>, porteur de transformations importantes. Nos échanges sur l'article 2 ont permis de trouver une solution commune. Quant aux transformations relatives au *numerus clausus* et aux ECN (épreuves classantes nationales), elles traduisent un changement de philosophie dans la formation des jeunes, qui doit donner davantage de place aux valeurs humanistes au détriment de la compétition.

Les jeunes - je peux en témoigner - savent de quelle confiance ils sont investis au travers de ce texte, qui s'inscrit dans une dynamique plus incitative et plus coopérative. J'anime d'ailleurs, cet après-midi, un colloque sur l'accès à la santé dans un territoire rural sous-dense, ce qui m'obligera à vous quitter avant la fin de notre réunion. Une quinzaine de jeunes internes et médecins ont répondu à l'invitation, montrant par là qu'ils n'ignorent rien de la responsabilité qui leur incombe en la matière.

**Mme Véronique Guillotin, sénatrice.** - Au nom du groupe du RDSE, je salue l'esprit de ce texte, qui nous semble proposer des outils souples aux mains des professionnels de santé, en vue de relever notamment les défis de l'accès aux soins et du virage numérique.

Je souhaite revenir sur un point épineux, qui a fait débat : la pratique en autonomie en dernière année de troisième cycle. Je n'y étais pas favorable : la maquette des stages est élaborée en fonction des besoins, chaque stage ayant sa raison d'être. Je considérais, en outre, que le Saspas (stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé) pouvait répondre à cette demande, sachant que le stage se fait, en l'occurrence, sous la supervision d'un maître de stage, et non en totale autonomie.

Mon groupe et moi-même saluons le consensus trouvé entre l'Assemblée nationale et le Sénat. Si je reste sceptique sur la portée de cette nouvelle rédaction, il me semble qu'un pas est ainsi effectué.

Ce projet de loi comporte, pour le reste, beaucoup de mesures positives ; il est donc important que cette commission mixte paritaire soit conclusive, afin que son application ne soit pas reportée.

**Mme Martine Berthet, sénatrice.** – Je me félicite du consensus auquel sont parvenus les rapporteurs sur les Padhue pour élargir l'accès à la procédure d'autorisation à l'ensemble des établissements de santé. En revanche, je regrette que mon amendement qui réglait certaines situations individuelles, notamment celle des Padhue qui ont pris la nationalité française, grâce à une procédure de pré-examen n'ait pas été repris.

**Mme Albane Gaillot, députée.** – Je salue l'avancée qu'est l'ouverture automatique des espaces numériques de santé : elle répond à l'ambition d'intégrer pleinement le numérique dans la santé et de faire du patient un acteur à part entière du parcours de soin.

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Nos échanges montrent le travail considérable accompli dans les deux assemblées pour aboutir à un consensus sur ce texte.

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

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 1 revient au texte de l'Assemblée nationale : la notion d'évolution prévisionnelle des effectifs et des compétences des acteurs de santé est doublement satisfaite par la détermination des besoins du territoire par les agences régionales de santé (ARS) et par la consultation des conférences régionales de la santé (CRSA).

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Cette proposition supprime l'un de mes amendements adopté par la commission des affaires sociales du Sénat, mais en gage de bonne volonté, je m'y rallierai.

**M. Yves Daudigny, sénateur.** – La rédaction serait aussi sur un amendement du groupe socialiste et républicain, c'est pourquoi nous voterons contre cette proposition de rédaction.

*La proposition de rédaction n° 1 est adoptée.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 2 revient au texte de l'Assemblée nationale. Il n'est pas nécessaire que le décret fixe des plafonds de voies d'accès à la deuxième ou troisième année du premier cycle. Laissons aux universités le soin de proposer des solutions dans le respect des objectifs de diversification qui seront fixés par décret.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Avis favorable.

*La proposition de rédaction n° 2 est adoptée.*

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

### **Article 2**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Nous arrivons au point le plus discuté du texte, qui a fait l'objet d'échanges nourris avec mon co-rapporteur, Alain Milon : l'introduction par le Sénat d'un stage d'un an, en dernière année de troisième cycle, en exercice ambulatoire dans les zones sous-denses. Nous sommes parvenus à un compromis, présenté dans la proposition de rédaction n° 3, qui prévoit une durée de stage de six mois et maintient un régime de supervision qu'il appartiendra au pouvoir réglementaire d'adapter.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Cette proposition constitue une rédaction de compromis, inscrivant dans la loi la généralisation obligatoire du stage en soins premiers en autonomie supervisée (Saspas) pour les étudiants de dernière année de médecine générale – alors que jusqu'à présent le principe de ce stage est prévu par un arrêté. Le Saspas existe depuis 2004, mais ne touche pas les étudiants en médecine générale, notamment en raison du manque de maîtres de stage.

Ce stage durera au moins un semestre, permettant aux étudiants de se succéder semestre après semestre sur un même terrain de stage, prioritairement situé dans une zone sous-dotée. Les étudiants qui le souhaiteront pourront éventuellement prolonger ce stage en pratique ambulatoire.

Il sera effectué sous le régime de l'autonomie supervisée, dont les contours seront définis par décret, notamment pour ouvrir la possibilité d'une supervision à distance. C'est un moyen de ménager de la souplesse dans l'organisation des terrains de stage. Il serait cependant plus satisfaisant de disposer de maîtres de stage en nombre suffisant et, pour cela, de développer significativement leur formation au cours des prochaines années.

Le principe d'un stage en pratique ambulatoire pourra être étendu par décret aux étudiants de troisième cycle d'autres spécialités de premier recours, au moment du troisième cycle qui paraîtra le plus pertinent.

Cette intégration de l'obligation du Saspas dans la loi permettra à l'ensemble des étudiants de médecine générale, et le cas échéant d'autres spécialités, de découvrir l'exercice ambulatoire dans les territoires. Les étudiants qui le souhaiteront pourront ensuite commencer leur exercice professionnel dans ce territoire sous le statut de médecin collaborateur ou de médecin adjoint.

Le Saspas permettra également de déployer l'ensemble d'une promotion sur les territoires, qui disposeront ainsi du renfort d'étudiants parvenus presque au terme de leur formation.

**M. Jean-Pierre Door, député.** – L'amendement voté par le Sénat avait suscité des réserves parmi les députés, mais aussi les représentants des étudiants, des internes et des chefs de clinique. Il risquait de faire échouer cette CMP. Je me félicite donc du compromis trouvé dans cette proposition de rédaction, qui prévoit six mois obligatoires et six mois facultatifs. Nous la voterons.

**M. Yves Daudigny, sénateur.** – Un compromis n'est, par définition, pas entièrement satisfaisant. C'est néanmoins une avancée essentielle dans la lutte contre les déserts médicaux. La référence aux territoires sous-dotés est également conservée. C'est pourquoi le groupe socialiste et républicain votera la proposition de rédaction.

**M. Cyrille Isaac-Sibille, député.** – Je félicite les rapporteurs pour leur travail. Malheureusement, nous n'avons pas eu le temps d'entendre les représentants des syndicats étudiants sur le sujet.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Nous avons reçu hier les représentants des syndicats, avec les auteurs de cet amendement. Ils nous ont confirmé que la durée de six mois leur convenait. Cela étant dit, il faut bien sûr tenir compte de l'avis des syndicats, mais aussi des millions de Français qui attendent des mesures.

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Nous avons eu des échanges constants et productifs avec les représentants des étudiants.

*La proposition de rédaction n° 3 est adoptée.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 4 revient au texte de l'Assemblée nationale. L'ajout relatif aux échanges internationaux ne semble pas nécessaire, l'objet du projet de loi étant d'abord de former les étudiants au plus près des besoins des territoires.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Avis favorable.

*La proposition de rédaction n° 4 est adoptée.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 5 revient au texte de l'Assemblée nationale : si l'orientation progressive des étudiants vers la filière la plus adaptée a vocation à couvrir les trois cycles des études de médecine, il est pertinent d'évaluer les incidences de cette orientation sur l'organisation du troisième cycle.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Cette proposition supprime un amendement que j’ai fait adopter par la commission des affaires sociales, mais je la voterai.

*La proposition de rédaction n° 5 est adoptée.*

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

#### **Article 2 bis**

*La proposition commune n° 6, rédactionnelle, est adoptée.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 7 réintroduit la mention de la participation des patients aux formations pratiques et théoriques.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Le Sénat avait supprimé cette mention, considérant que la pratique était déjà une réalité. Cependant, je ne m’oppose pas à ce qu’elle figure dans la loi. Attention toutefois à ne pas encourager la professionnalisation des représentants des patients.

*La proposition de rédaction n° 7 est adoptée.*

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

#### **Article 2 ter**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 8 assouplit les conditions de délivrance des agréments aux praticiens destinés à être maîtres de stage, afin de faciliter la maîtrise de stage en pratique ambulatoire. Cela va dans le sens de la position de compromis que nous avons trouvée sur l’article 2.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Avis favorable. C’est une amélioration de l’amendement d’Élisabeth Doineau...

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – En effet ! J’y suis favorable.

*La proposition de rédaction n° 8 est adoptée.*

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

#### **Article 3**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Le Sénat a adopté un amendement précisant que la procédure de certification permet la valorisation de l’évolution des parcours professionnels. L’intention du Sénat me semble satisfaite, d’où cette proposition de rédaction n° 9.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Le passage supprimé avait été introduit par notre commission sur les préconisations du professeur Uzan, mais nous nous rangeons à la position de l'Assemblée nationale.

*La proposition de rédaction n° 9 est adoptée.*

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

#### **Article 3 bis A**

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Le Sénat a supprimé une grande partie de cet article ; nous proposons, conjointement avec Thomas Mesnier, la suppression du reste de l'article qui n'apparaît plus nécessaire.

*La proposition commune de rédaction n° 10 est adoptée et l'article 3 bis A est supprimé.*

#### **Article 3 bis**

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

#### **Article 4**

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

#### **Article 4 bis A**

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

#### **Article 4 bis**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Cet article introduit un régime dégressif d'exonérations de cotisations sociales pour les médecins qui s'installent à titre libéral dans un délai de trois ans à compter de l'obtention du diplôme. C'est une mesure qui a plutôt sa place dans le PLFSS, d'où ma proposition n° 11 de suppression de l'article.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Cet article a été introduit par le Sénat pour contrebalancer, en quelque sorte, le stage en zone sous-dotée instauré à l'article 2. La ministre nous a assuré qu'elle ferait des propositions allant dans ce sens dans le cadre du prochain PLFSS. Nous y serons attentifs ! En attendant, avis favorable à la suppression.

*La proposition de rédaction n° 11 est adoptée et l'article 4 bis est supprimé.*

#### **Article 5**

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



**Article 5 bis**

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

**Article 5 ter**

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

**Article 5 quater**

*L'article 5 quater est supprimé.*

**Article 6**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 12 réécrit cet article pour revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale. Les ordonnances de mise à jour du statut de praticien hospitalier dans le cadre de l'habilitation prévue par cet article font l'objet de discussions entre le ministère et les praticiens. Adopter la rédaction du Sénat déstabiliserait ce processus.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – C'est une position logique. Ce qui l'est moins, c'est de traiter un tel sujet par voie d'ordonnances ! Nous nous abstiendrons, en laissant le soin à la majorité gouvernementale d'adopter cette proposition de rédaction...

*La proposition de rédaction n° 12 est adoptée, et l'article 6 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

**Article 6 bis A**

*La proposition n° 13, rédactionnelle, est adoptée.*

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Cet article est le fruit d'une collaboration approfondie entre le Sénat et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Je remercie le rapporteur de l'Assemblée nationale d'y apporter sa contribution. C'est le corollaire de l'article 6 : s'il convient de développer l'exercice partagé entre la médecine de ville et l'hôpital, il faut aussi prendre garde aux effets de concurrence qui pourraient en résulter au sein d'un territoire, au détriment de l'hôpital public.

L'article 6 bis A clarifie ainsi une disposition de la loi HPST qui n'avait jamais été appliquée, en précisant la portée de la possible limitation des activités des praticiens hospitaliers démissionnaires, dès lors qu'elles peuvent entrer en concurrence avec celles de leur établissement. Il complète cette disposition par une limitation similaire pour les praticiens exerçant à temps non complet.

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

**Article 6 bis**

*L'article 6 bis est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 7 B**

*L'article 7 B est supprimé.*

**Article 7 D**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 14 rétablit dans une rédaction de compromis cet article supprimé par le Sénat, en réintégrant les parlementaires dans la composition des conseils territoriaux de santé. Ces conseils sont des organes de la démocratie sanitaire dans les territoires.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – J'ai dit à la ministre que l'interdiction, par le gouvernement précédent, du cumul des mandats parlementaires et des mandats exécutifs locaux était une erreur. Ce gouvernement a cherché à la compenser en intégrant des parlementaires qui se trouvent désormais hors sol dans divers conseils de surveillance. Si la demande est forte, je ne m'oppose pas à ce que des sénateurs siègent dans les conseils territoriaux de santé mais ce n'est pas la solution. C'est pourquoi j'avais demandé à la ministre, en séance, d'envisager la possibilité d'autoriser le cumul entre certaines fonctions et le mandat parlementaire. Naturellement, elle ne m'a pas répondu.

La proposition du rapporteur de l'Assemblée nationale me satisfait ; c'est une voie médiane entre nos deux positions.

**M. Jean-Pierre Door, député.** – Il est important que, dans le domaine sanitaire, les parlementaires soient présents sur le terrain. Puisqu'ils ne peuvent plus être maires, il convient qu'au moins ils participent à l'élaboration des contrats locaux de santé, des projets territoriaux de santé et des GHT. Depuis l'entrée en vigueur du non-cumul des mandats, nous avons été mis sur la touche. Avec cette proposition de rédaction, nous revenons en quelque sorte par la fenêtre...

**Mme Nadine Grelet-Certenais, sénatrice.** – Le groupe socialiste et républicain était opposé à la suppression de cet article par le Sénat. Le cumul des mandats ne règlera pas la question : tous les parlementaires n'étaient pas maires. L'intégration des parlementaires aux conseils territoriaux de santé va dans le bon sens.

**M. Cyrille Isaac-Sibille, député.** – Ne pénalisons pas la population pour l'adoption du non-cumul des mandats ! Les parlementaires doivent jouer le rôle de relais entre la population et le Gouvernement. Cette mesure est dans notre intérêt commun.

**M. Gilles Lurton, député.** – Je crains que si nous attendons le retour du cumul des mandats, pour réintroduire des parlementaires dans ces conseils, notamment les conseils de surveillance des établissements de santé, nous n’attendions longtemps...

*La proposition de rédaction n° 14 est adoptée et l’article 7 D est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 7 E**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 15 rétablit cet article, supprimé par le Sénat, dans sa version votée par l’Assemblée nationale. L’inscription de la responsabilité populationnelle dans la loi reflète en effet la philosophie de ce texte.

*La proposition de rédaction n° 15 est adoptée et l’article 7 E est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 7 F**

*L’article 7 F est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 7**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 16 supprime l’alignement de la durée des contrats territoriaux de santé sur celle des schémas régionaux d’organisation des soins. Une telle rigidité risque de freiner les dynamiques positives déjà à l’œuvre.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Je suis favorable à cette suppression, même si je ne vois pas de rigidité dans l’amendement d’Élisabeth Doineau...

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Cette proposition de rédaction supprime en effet une mesure introduite par un amendement dont je suis l’auteur. Son objet était d’éviter l’accumulation en mille-feuilles des dispositifs territoriaux, qui pose un problème de lisibilité. Mais je ne serai pas rigide, et je voterai cette proposition ! Veillons toutefois à la cohérence des dispositifs.

*La proposition de rédaction n° 16 est adoptée.*

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Le Sénat a prévu que l’union régionale des professionnels de santé (URPS) appuie les CPTS dans l’élaboration du projet territorial de santé. Afin de s’adapter à la réalité des territoires, il est proposé de préciser que cet appui est éventuel et non obligatoire. C’est l’objet de la proposition commune de rédaction n° 17.

*La proposition commune de rédaction n° 17 est adoptée.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 18 supprime la possibilité, pour les médecins inscrits dans une même CPTS, d'être conjointement désignés médecins traitants. Cette possibilité existe pour les médecins en maisons de santé, mais les CPTS ont une patientèle bien plus large. Ce serait donc prématuré, alors que les CPTS sont en voie de constitution. De plus, les négociations conventionnelles sur ce sujet sont en cours : des avenants doivent être signés aujourd'hui même.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Le Sénat avait donné un avis de sagesse sur ce point, et le Gouvernement s'y était opposé. Nous nous rangerons à l'avis de la présidente !

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Je suis en effet à l'origine de cette mesure, mais nous ne pourrions l'envisager que quand les CPTS auront maillé l'ensemble du territoire. Je suis donc favorable à sa suppression.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** – Toute contrainte imposée aux médecins serait un frein à la constitution des CPTS.

*La proposition de rédaction n° 18 est adoptée.*

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

#### **Article 7 bis AA**

*La proposition commune n° 19, rédactionnelle, est adoptée.*

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

#### **Article 7 bis**

*La proposition commune n° 20, rédactionnelle, est adoptée.*

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

#### **Article 7 ter A**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 21 supprime l'article 7 ter A qui introduit l'infirmier référent - qui n'est demandé que par un seul syndicat infirmier. Nous voulons favoriser l'exercice pluri-professionnel, notamment dans le cadre des CPTS, et dans le cadre des infirmiers de pratique avancée qui sortiront bientôt de formation.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – À l'avenir, les patients s'adresseront à une équipe de soins. C'était un amendement de M. Yves Daudigny, mais nous rejoignons l'avis du rapporteur.

**M. Yves Daudigny.** – Je voterai contre.

*La proposition de rédaction n° 21 est adoptée.*

*L'article 7 ter A est supprimé.*

**Article 7 ter B**

*L'article 7 ter B est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 7 ter**

*L'article 7 ter est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 7 quater**

*L'article 7 quater est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 7 quinquies A**

*L'article 7 quinquies A est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 7 quinquies**

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – La proposition commune de rédaction n° 22 vise à respecter les recommandations de la Haute Autorité de santé.

*La proposition commune de rédaction n° 22 est adoptée.*

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

**Article 7 sexies A**

*La proposition commune n° 23, rédactionnelle, est adoptée.*

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

**Article 7 sexies B**

*L'article 7 sexies B est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**Article 7 sexies C**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 24 rétablit l'article inséré par l'Assemblée nationale en première lecture. Il donne aux orthoptistes la possibilité d'adapter, à l'instar des opticiens-lunetiers, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs. Je salue les échanges constructifs que nous avons eus avec M. Milon. Je suis ouvert à un travail commun sur la filière visuelle.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cet article pour alerter la ministre sur le respect de sa promesse et de celle de sa prédécesseure, Mme Touraine, de proposer une loi sur la filière visuelle. Je ne suis pas opposé au travail des orthoptistes mais les différents métiers de la filière doivent se coordonner. Avis favorable à la réintroduction de cet article.

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Je suis candidate pour travailler sur ce sujet.

*La proposition commune de rédaction n° 24 est adoptée.*

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

#### **Article 7 sexies**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 25 rétablit l'article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

*La proposition de rédaction n° 25 est adoptée.*

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

#### **Article 7 septies A**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 26 supprime cet article, issu du Sénat, qui met en place des mesures existant déjà pour les médecins et d'autres professions de santé. Cela relève plutôt du PLFSS. Si la mesure pouvait être incitative pour les médecins, qui ont une couverture maternité très faible, la protection maternité des autres professions médicales est déjà satisfaisante. Attendons le PLFSS.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – L'intervention de la ministre en séance publique au Sénat était identique à celle de M. Mesnier. Renvoyons ce sujet au PLFSS.

*La proposition de rédaction n° 26 est adoptée et l'article 7 septies A est supprimé.*

#### **Article 7 septies**

*L'article 7 septies est supprimé.*

### *Article 8*

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – La proposition commune de rédaction n° 27 supprime la disposition mentionnant les établissements publics de santé gérant des secteurs de psychiatrie, qui était un amendement de M. Michel Amiel. Cette précision n'apparaissait pas nécessaire à cet endroit du texte.

*La proposition commune de rédaction n° 27 est adoptée.*

*Les propositions communes nos 28 et 29, rédactionnelles, sont adoptées.*

*L'article 8 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### *Article 10*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Les propositions de rédaction nos 30, 31 et 32 reviennent aux rédactions de l'Assemblée nationale, notamment sur la composition des commissions médicales de groupement, sur la gestion des ressources humaines médicales. Ce sont des avancées majeures du projet de loi. Des négociations sont en cours entre le ministère et le secteur hospitalier, qui a rappelé ses attentes hier.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Avis favorable aux propositions de rédaction nos 30 et 32. Je m'abstiendrai sur la proposition de rédaction n° 31, qui me semble dangereuse. Si une commission médicale d'établissement est élue au sein du GHT, si celui-ci inclut un CHU, il est probable que les membres de la commission médicale du GHT seront tous issus du CHU, et que les hôpitaux voisins seront écartés de cette commission médicale.

**M. René-Paul Savary, sénateur.** – Moi-même, je suis inquiet sur les GHT. Ayant encore un mandat local, j'assiste aux conseils territoriaux. Je fais partie du conseil de surveillance d'un petit hôpital et de celui d'un hôpital plus important. Les établissements sont de tailles très diverses dans les GHT. Avec l'hôpital de proximité, il y aura des classements pour certains et des déclassements pour d'autres...

Les GHT sont également ouverts aux établissements privés et au médico-social. Une commission médicale de GHT mettrait de côté une partie des soins de premier recours traités par ces autres structures, à but lucratif ou non, ainsi que le médico-social. Une commission médicale de GHT doit être l'émanation des différentes CME des structures membres, voilà la remontée du terrain.

**M. Gilles Lurton, député.** – Très bien !

**M. Jean-Pierre Door, sénateur.** – MM. Savary et Milon ont tout dit. Un amendement du groupe Les Républicains à l'Assemblée nationale prévoyait que ces commissions médicales de GHT puissent comprendre tous les hôpitaux du périmètre du GHT, et qu'il n'y ait aucune majorité qui puisse se déterminer lorsque la commission médicale de groupement existerait. Sinon, ce serait au détriment des hôpitaux satellites du GHT. Un décret paraîtra. La commission médicale de GHT doit être sous surveillance des parlementaires. Je m'abstiendrai sur la proposition de rédaction n° 31, mais voterai les propositions nos 30 et 32.

**Mme Véronique Guillotin, sénatrice.** – Je m'abstiendrai aussi sur la proposition n° 31. Je suis plutôt favorable aux commissions médicales de GHT, puisque cela semble important pour la fluidité des ressources humaines et une meilleure répartition au profit des hôpitaux de proximité. Conservons toutefois un équilibre entre les gros hôpitaux et les hôpitaux de proximité et veillons au risque de dysfonctionnements.

**M. Yves Daudigny, sénateur.** – Le groupe socialiste et républicain avait exprimé les mêmes réserves et inquiétudes sur la composition des futures commissions médicales de groupement par rapport aux CME.

**M. Gilles Lurton, député.** – Je partage ces arguments, et avais évoqué ce point à l'Assemblée nationale. La ministre avait été parfaitement à l'écoute de cette inquiétude. Pourquoi introduire alors cette proposition de rédaction n° 31 ? Je voterai contre.

*Les propositions de rédaction nos 30, 31 et 32 sont adoptées.*

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

#### **Article 10 bis AA**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 33 supprime l'article 10 bis AA adopté par le Sénat, qui est satisfait : les établissements ou services médico-sociaux qui signent une convention avec un GHT sont déjà associés au projet médical partagé.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – M. Bernard Bonne, auteur de l'amendement introduisant cet article, accepte sa suppression dès lors qu'il est satisfait.

*La proposition de rédaction n° 33 est adoptée et l'article 10 bis AA est supprimé.*

#### **Article 10 bis A**

*L'article 10 bis A est adopté dans la rédaction du Sénat.*



### *Article 10 ter*

**M. Gilles Lurton, député.** – Je n’ai pas eu le temps matériel de déposer une proposition de rédaction sur la participation des parlementaires au conseil de surveillance des établissements de santé. Si la commission mixte paritaire acceptait de l’adopter, nous pourrions revenir à la rédaction de l’Assemblée nationale.

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Nous avons évoqué ce sujet lors du débat sur les CTS, et avons abouti à une position médiane. Gardons ce point d’équilibre entre Assemblée nationale et Sénat. Non membre du comité de surveillance de l’hôpital de ma circonscription, j’ai quand même été sollicité pour résoudre des problèmes. Votre amendement poserait des difficultés sur le choix des parlementaires présents – et notamment des sénateurs.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – L’article 10 *ter* indiquait que « le sénateur et le député dont la circonscription d’élection est le siège de l’établissement principal peuvent participer au conseil de surveillance ». Or il y a plusieurs sénateurs par circonscription ; lequel choisir ? La proposition de M. Mesnier me semble largement suffisante. Un sénateur a comme circonscription l’ensemble du département.

*L’article 10 ter est supprimé.*

### *Article 10 quater*

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – La proposition commune de rédaction n° 34 précise la rédaction de cet article additionnel issu du Sénat, afin de le rendre plus opérationnel.

*La proposition commune de rédaction n° 34 est adoptée.*

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

### *Article 10 quinquies*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 35 supprime l’article 10 *quinquies* qui prévoit une délibération du conseil de surveillance des établissements de santé sur les « orientations stratégiques et financières pluriannuelles et leurs modifications ». Une telle modification apporterait l’équilibre actuel de la gouvernance hospitalière – cela n’est pas opportun.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous avons trouvé cet amendement de M. Bernard Jomier intéressant, mais nous nous rangerons à l’avis de l’Assemblée nationale.

**M. Yves Daudigny.** – Le groupe socialiste et républicain votera contre.

*La proposition de rédaction n° 35 est adoptée et l'article 10 quinquies est supprimé.*

#### **Article 11**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 36 supprime une disposition adoptée par le Sénat qui exonère les collectivités territoriales hébergeant des données de santé pour le compte d'un tiers sur lequel elles exercent une tutelle, de la production d'un certificat portant sur la sécurisation des données. Ce sujet est très sensible. Ce serait un mauvais signal donné aux usagers, alors que ces données de santé sont très convoitées.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – L'amendement de M. Bernard Bonne traduisait les préoccupations des collectivités territoriales. Nous pourrions réétudier ces sujets ultérieurement.

*La proposition de rédaction n° 36 est adoptée.*

*L'article 11 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 11 bis AA**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 37 supprime l'article 11 bis AA qui risque d'être inconstitutionnel, et qui créerait une expérimentation concurrente du *Health Data Hub* (entrepôt de données de santé) de l'article 11. C'est inopportun.

**M. René-Paul Savary, sénateur.** – Je me suis inspiré d'un rapport du Conseil stratégique auprès du Premier ministre, qui préconisait des investissements et des sites expérimentaux au sein des CHU sur l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé. Il y a une vraie cohérence. Sans cela, ces établissements ne feront rien, alors que des progrès considérables peuvent en être attendus. La France n'est pas mal placée, il serait dommage que ces expérimentations se fassent à l'étranger plutôt qu'en France. Je regrette la suppression de cet article, dont la philosophie est largement partagée.

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – L'article est satisfait par l'article 11. Les CHU hébergeant des données de santé ont vocation à rentrer en interaction avec le *Health Data Hub*.

**M. Cyrille Isaac-Sibille, député.** – Il y a déjà des expérimentations dans les entrepôts de données de santé des CHU. Cet article est donc satisfait.

**M. René-Paul Savary, sénateur.** – Tant mieux si cet article est satisfait. Il faut trouver des complémentarités.

*La proposition de rédaction n° 37 est adoptée et l'article 11 bis AA est supprimé.*

***Article 11 bis A***

*L'article 11 bis A est adopté dans la rédaction du Sénat.*

***Article 12 A***

*La proposition commune n° 38, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 12 A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

***Article 12***

*La proposition commune n° 39, rédactionnelle, est adoptée.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Si je partage l'intention du Sénat d'inclure à l'espace numérique un répertoire des associations d'usagers du système de santé agréées, il n'est pas nécessaire de l'inscrire dans la loi. Nous serons vigilants à ce que cela soit inclus dans l'espace de santé numérique.

*La proposition de rédaction n° 40 est adoptée.*

*L'article 12 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

***Article 12 ter AA***

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Aux termes de l'article L. 6213-1 du code de la santé publique, un biologiste médical peut être soit un médecin, soit un pharmacien. La rédaction proposée en tire les conséquences.

*La proposition commune de rédaction n° 41 est adoptée.*

*L'article 12 ter AA est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

***Article 12 ter***

*La proposition commune n° 42, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 12 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

***Article 12 quater***

*La proposition commune n° 43, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 12 quater est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 12 quinquies**

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – La proposition commune de rédaction n° 44 aligne les professionnels pouvant accéder au dossier médical de santé au travail avec ceux pouvant accéder au dossier médical partagé.

*La proposition commune de rédaction n° 44 est adoptée.*

*L'article 12 quinquies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 12 sexies**

*La proposition commune n° 45, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 12 sexies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 13**

*La proposition commune n° 46, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 13 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 13 bis A**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – L'article 13 bis A instaure « un principe de médiation numérique en santé ». Si la médiation numérique peut faciliter l'accès aux soins, son champ est plus vaste que celui de la santé. Ce principe ne relève pas de la loi ni de l'organisation du système de santé. La proposition de rédaction n° 47 le supprime.

**Mme Nadine Grelet-Certenais, sénatrice.** – J'entends que vous reconnaissez ce principe fondamental de médiation numérique, qui est un moyen d'accompagner certains publics – fragiles ou jeunes par exemple – manquant de connaissances ou de responsabilisation sur l'utilisation du numérique en matière de santé. Nous devons être très vigilants sur ce point.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – L'introduction dans la loi de la définition de la « médiation numérique en santé » a été plébiscitée par de nombreuses associations et par la Haute Autorité de santé, dans son rapport d'analyse prospective 2019 sur la révolution numérique. Cette définition tient compte des inquiétudes du défenseur des droits sur l'accès aux services numériques de santé des personnes les plus éloignées des usages numériques, pour des raisons financières, géographiques ou culturelles.

L'Assemblée nationale s'interroge sur sa portée réelle. Sa matérialisation dépendra des moyens que le Gouvernement lui attribuera. Lorsque le législateur a introduit dans la loi la définition de la médiation sanitaire, personne n'a trouvé à redire.

*La proposition de rédaction n° 47 est adoptée et l'article 13 bis A est supprimé.*

#### **Article 14**

*La proposition commune n° 48, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 14 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 14 bis**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions sur l'opportunité et les modalités d'une évaluation des technologies numériques en santé. Le Sénat a adopté une disposition à l'article 14 autorisant le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'évaluation des logiciels destinés à fournir des informations utilisées à des fins diagnostiques et d'aide aux choix thérapeutiques. Cette autorisation est conditionnée à la remise au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019, d'un rapport détaillant les enjeux et les modalités d'une évaluation de ces logiciels. Le maintien de l'article 14 *bis* est contradictoire avec ces dispositions.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Avis favorable à la proposition de rédaction n° 49.

*La proposition de rédaction n° 49 est adoptée et l'article 14 bis est supprimé.*

#### **Article 15**

*L'article 15 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 17**

*L'article 17 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 17 bis**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition de rédaction n° 50 rétablit l'article 17 *bis*, supprimé par le Sénat, qui faisait le point sur l'accompagnement en cours de grossesse, et notamment l'accès à l'entretien prénatal. Elle allonge de 6 à 12 mois le délai après la promulgation de la loi pour obtenir un rapport.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Le Sénat rejette habituellement les propositions de rapports.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Je vous souhaite bon courage, monsieur le rapporteur, pour obtenir un jour votre rapport... Je m’abstiendrai. Dans la loi Touraine, une cinquantaine de rapports avaient été demandés. Si tous avaient été acceptés, Mme Touraine n’aurait jamais eu le temps d’appliquer ses réformes, et M. Hollande aurait été obligé de nommer un ministre chargé des rapports !

**M. Cyrille Isaac-Sibille, député.** – Hier, la ministre nous a rappelé qu’il y a un vrai travail de prévention à faire, notamment sur la consommation de tabac par la femme enceinte.

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Mme Peyron a déjà rendu un rapport sur la PMI. Mieux vaut agir sur le terrain que formuler des préconisations.

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Il n’y a que deux demandes de rapport dans ce texte, car j’avais veillé aussi sur ce point...

**Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Je m’abstiendrai.

*La proposition de rédaction n° 50 est adoptée.*

*L’article 17 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 18**

*Les propositions communes de rédaction nos 51, 52 et 53, respectivement rédactionnelle, de coordination et rédactionnelle, sont adoptées.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 54 rétablit la rédaction de l’Assemblée nationale pour les mesures de simplification relatives au captage d’eau.

*La proposition de rédaction n° 54 est adoptée de même que la proposition commune n° 55, rédactionnelle.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 56 supprime l’alinéa 44 de cet article, pour supprimer l’extension aux Ehpad de la faculté d’organiser une délégation de tarification entre ARS et conseils départementaux. Cette mesure, qui fait l’objet de travaux dans le cadre de la future réforme de la dépendance, n’a pas fait l’objet d’une concertation suffisante avec les acteurs concernés et trouverait davantage sa place dans les discussions à venir.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Je m’abstiendrai.

*La proposition de rédaction n° 56 est adoptée.*

*L'article 18 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 18 bis A**

*L'article 18 bis A est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 19**

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – La proposition commune de rédaction n° 57 rétablit l'habilitation à légiférer par ordonnance, qui permettra de tirer les conséquences législatives de la négociation conventionnelle en cours avec les assistants médicaux. On peut regretter que cette négociation se fasse en même temps que le débat parlementaire... La proposition commune de rédaction n° 58 est de coordination.

*Les propositions communes de rédaction nos 57 et 58 sont adoptées.*

*L'article 19 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 19 bis AAA**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 59 supprime cet article, adopté par le Sénat, qui met fin à une expérimentation, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, autorisant l'exercice non-salarié dans les centres de santé. Plusieurs expérimentations sont en cours ; il serait regrettable d'y mettre un terme.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – J'étais intervenu en séance en faveur de cet amendement de Mme Cohen. Je m'abstiendrai.

*La proposition de rédaction n° 59 est adoptée. L'article 19 bis AAA est supprimé.*

#### **Article 19 bis AA**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 60 supprime cet article, adopté par le Sénat, qui confie la présidence du conseil de surveillance de l'ARS au président du conseil régional – ce qui serait surprenant puisqu'il s'agit d'une agence de l'État.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Je regrette justement que les agences de l'État ne soient pas régionalisées...

**M. Jean-Pierre Door, député.** – Excellente idée des sénateurs ! Mettre les élus au sein des ARS, et leur confier la présidence du conseil de surveillance, serait bienvenu, qu’il s’agisse du président du conseil régional ou d’un parlementaire. Après tout, dans le temps, les préfets géraient en association avec les élus locaux. Mais c’était le vieux monde...

**M. René-Paul Savary, sénateur.** – J’avais déposé un amendement pour territorialiser notre système de santé, afin qu’il réponde au mieux aux préoccupations locales tout en déclinant la politique nationale par le biais des ARS, organismes déconcentrés, dont les conseils de surveillance sont présidés par les préfets de région : dans le Grand Est, cela fait dix départements ! Le préfet de région ne peut connaître tous les dossiers, dont les financements sont de surcroît très variés. Cet article créait un contre-pouvoir face à la prédominance de l’État sur les élus locaux. Ce serait instaurer un élément de démocratie locale déterminant, sans avoir à transférer des pouvoirs exorbitants. En prévoyant que le président du conseil régional puisse se faire représenter, j’ouvrais la voie à des parlementaires...

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Nous reviendrons un jour sur la nécessité de faire de la régionalisation en matière de santé. Les directeurs d’ARS sont mutés au bout de quelques années, et les hôpitaux connaissent des difficultés. Pour que cette CMP soit conclusive, je m’abstiendrai. Nous pourrions y revenir.

*La proposition de rédaction n° 60 est adoptée. L’article 19 bis AA est supprimé.*

#### **Article 19 bis A**

*L’article 19 bis A est supprimé.*

#### **Article 19 ter**

*L’article 19 ter est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 19 quater**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 61 rétablit cet article, supprimé par le Sénat, et qui sécurise juridiquement l’exercice des assistants médicaux : faute de disposition législative expresse, celui-ci pourrait constituer une forme d’exercice illégal de la médecine. Ce serait regrettable, puisque l’accord conventionnel est signé aujourd’hui !

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – C’est justement pour cela que nous avons supprimé cet article : pourquoi demander au Parlement d’intervenir pendant des négociations conventionnelles ? C’est avant que nous aurions dû intervenir. On nous demande de constater : soit, mais à l’avenir, il faudrait voter les lois avant de les mettre en application.



*La proposition de rédaction n° 61 est adoptée. L'article 19 quater est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire*

#### **Article 20**

*L'article 20 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 21**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 62 revient sur l'élargissement de la condition de présence instaurée par le Sénat dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice dérogatoire aux établissements et services médico-sociaux prévue par cet article. Il est primordial de garantir les compétences des Padhue, autorisés de manière pérenne à exercer sur le territoire français, en maintenant un lien entre l'activité effectivement exercée et l'activité qui pourrait être autorisée à travers la procédure.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Sur les Padhue, nos deux assemblées ont beaucoup travaillé à élargir la procédure d'autorisation d'exercice, qui a pour ambition de régler la situation à l'horizon 2021. L'Assemblée l'a ouverte aux Padhue exerçant comme professionnels de santé ; le Sénat, aux Padhue ayant satisfait à leurs conditions d'exercice dans le privé et le secteur médico-social. L'Assemblée supprime ce dernier cas. Le Sénat aurait souhaité limiter sa rédaction aux Ehpad. Nous n'en ferons pas un point de blocage, mais cela aurait semblé une bonne solution. Comme tous les acteurs de santé ont agi dans l'illégalité, il faut être équitable. Et, pour régler tous les cas en 2021, il ne faut pas en exclure une partie dans ce texte. Contrairement à l'ambition du Gouvernement, la question des Padhue ne sera pas close.

**Mme Martine Berthet, sénatrice.** – Sans élargir la procédure *ad hoc*, mon amendement visait à pré-examiner certains cas, exclus de cette procédure.

**M. Yves Daudigny, sénateur.** – Notre groupe est d'accord, et regrette cette proposition de rédaction. S'il faut garantir la qualité des praticiens qui opèrent dans notre pays, de nombreux établissements hospitaliers ne peuvent fonctionner que grâce aux Padhue. Il est difficile de légiférer sur une grande diversité de cas particuliers. Ce texte constitue une avancée, mais il laissera perdurer des injustices insupportables. Mais nous souhaitons une CMP conclusive.

**M. Jean-Pierre Door, député.** – J'ai été le rapporteur de la loi sur les Padhue en 2016. Nous avons reporté de deux ans la limite de l'équivalence. L'an dernier, la ministre a accepté un report d'un an. Nous voilà au pied du mur. Et il y a des trous dans la raquette, notamment pour les Padhue qui ont la nationalité française.

Ils demandent un report à 2021, ou un passage en liste B pour les équivalences. Nous n'allons pas trancher le débat aujourd'hui : il faudra y revenir. Les Padhue sont indispensables au fonctionnement de nos hôpitaux, et nous devons les soutenir. Nous avons été sollicités, et nous continuerons à interpeller le Gouvernement.

**Mme Nadine Grelet-Certenais, sénatrice.** – J'ai aussi été saisie de situations particulières. Parfois, de simples questions de dates empêchent des médecins très qualifiés de venir combler des manques de notre système. Il faut davantage de souplesse.

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Nos deux assemblées ont élargi la procédure, pour les professionnels de santé et pour les Padhue en établissement entre fin 2018 et début 2019, ainsi que pour les établissements à but lucratif. Ajouter les Ehpad ou le secteur médico-social poserait des problèmes administratifs et donnerait de faux espoirs à certains.

*La proposition de rédaction n° 62 est adoptée, ainsi que la proposition de rédaction n° 63 et la proposition commune, rédactionnelle, n° 64.*

*L'article 21 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 21 bis**

*La proposition commune n° 65, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 21 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 21 ter**

*L'article 21 ter est adopté dans la rédaction du Sénat.*

#### **Article 22**

*La proposition commune n° 66, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 22 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

#### **Article 22 bis A**

*La proposition commune n° 67, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 22 bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 22 bis**

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – Ma proposition de rédaction n° 68 supprime une précision à l'alinéa 4, puisqu'il est déjà précisé que c'est la HAS qui déterminera la procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Avis favorable : j'en ai parlé avec l'auteur de l'amendement.

*La proposition de rédaction n° 68 est adoptée, ainsi que la proposition de rédaction n° 69.*

*L'article 22 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 23**

*La proposition commune de rédaction n° 70, de coordination, est adoptée, ainsi que les propositions communes n°s 71, 72, 73, 74 et 75, rédactionnelles.*

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.** – La proposition commune de rédaction n° 76 est un ajout visant à éviter toute confusion pouvant laisser penser que l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu aurait une compétence de contrôle du respect, par les professionnels de santé, de leur obligation de développement professionnel continu, alors que cette compétence relève notamment des instances ordinales. C'est un point soulevé par des ordres.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – Et des fédérations !

*La proposition commune de rédaction n° 76 est adoptée.*

*L'article 23 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 24**

*L'article 24 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

### **Article 25**

*La proposition commune n° 77, rédactionnelle, est adoptée.*

*L'article 25 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire.*

### **Article 26**

*L'article 26 est adopté dans la rédaction du Sénat.*

**M. Yves Daudigny, sénateur.** – Il existe des points d’opposition très forts que mon groupe a exprimés sur ce texte. Comme un amendement a été adopté à l’article 2 pour modifier les stages lors de la dernière année du troisième cycle des études de médecine générale, nous nous abstiendrons dans le vote sur l’ensemble.

**M. Jean-Pierre Door, député.** – Cette loi ne suffira pas à répondre à la crise que traverse notre système de soins. Les modifications apportées au Sénat et les compromis que nous avons trouvés conduisent notre groupe à voter en faveur de ce texte.

**M. Cyrille Isaac-Sibille, député.** – Le groupe Modem de l’Assemblée nationale se réjouit de ce grand pas pour la santé des Français.

**Mme Véronique Guillotin, sénatrice.** – Comme nous avons trouvé un consensus, le groupe RDSE votera en faveur de ce texte.

**M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.** – J’ai été le rapporteur de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), de la loi Touraine, et de la loi Buzyn : nous en sommes à la troisième loi en dix ans. Après une loi de structuration, Mme Touraine et Buzyn ont voulu répondre à certaines difficultés. Cela devrait améliorer les conditions d’accès aux soins sur notre territoire national, mais il faudra tout de même regarder les finances... Sinon, il faudra y revenir ! C’est là le vrai sujet, et je souhaite que nous y pensions lors du débat sur le PLFSS. Ce qui se passe aux urgences ou sur notre territoire n’est que la conséquence d’Ondam qui, depuis 2008, ont été largement insuffisants.

**M. Thomas Mesnier, député, rapporteur pour l’Assemblée nationale.** – Je me félicite que les deux chambres soient tombées d’accord sur un texte de compromis et de consensus. Cela apportera des réponses sur le terrain, et je veillerai auprès du ministère à ce que l’ensemble des décisions votées soient appliquées. Après dix ans, plusieurs dispositions de la loi HPST sont tombées en désuétude faute de décrets...

**Mme Brigitte Bourguignon, députée, vice-présidente.** – Je salue l’esprit de compromis qui a prévalu, au bénéfice de l’intérêt général : nous sommes tous au-delà des clivages. J’ai noté les points de vigilances, et les rendez-vous pris pour le PLFSS. Nous souhaitons participer à l’élaboration des ordonnances – la ministre s’y est engagée.

**Mme Elisabeth Doineau, sénatrice, présidente.** – Ce bel esprit a aussi prévalu dans nos échanges préalables à cette CMP. La santé est une question primordiale pour les Français, comme on l’a vu dans le grand débat. Et ils attendent de nous du débat, pas du combat, pour que nous apportions des solutions.

*La commission mixte paritaire adopte, ainsi rédigées, l’ensemble des dispositions restant en discussion du projet de loi.*



## TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture
<p align="center"><b>Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé</b></p>	<p align="center"><b>Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé</b></p>
<p align="center"><b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DÉCLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIÈRES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b></p>	<p align="center"><b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DÉCLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIÈRES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b></p>
<p align="center">CHAPITRE I<sup>ER</sup></p>	<p align="center">CHAPITRE I<sup>ER</sup></p>
<p align="center"><b>Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie</b></p>	<p align="center"><b>Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie</b></p>
<p align="center"><b>Article 1<sup>er</sup></b></p>	<p align="center"><b>Article 1<sup>er</sup></b></p>
<p>I. – L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :</p>	<p>I. – L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :</p>
<p>« Art. L. 631-1. – I. – Les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique relèvent, par dérogation à l'article L. 611-1, de l'autorité ou du contrôle des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé et donnent lieu à la délivrance de diplômes au nom de l'État. Ces formations permettent l'orientation progressive de l'étudiant vers la filière la plus adaptée à ses connaissances, ses compétences, son projet d'études et ses aptitudes ainsi que l'organisation d'enseignements communs entre plusieurs filières pour favoriser l'acquisition de pratiques professionnelles partagées et coordonnées.</p>	<p>« Art. L. 631-1. – I. – Les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique relèvent, par dérogation à l'article L. 611-1, de l'autorité ou du contrôle des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé et donnent lieu à la délivrance de diplômes au nom de l'État. Ces formations permettent l'orientation progressive de l'étudiant vers la filière la plus adaptée à ses connaissances, ses compétences, son projet d'études et ses aptitudes ainsi que l'organisation d'enseignements communs entre plusieurs filières pour favoriser l'acquisition de pratiques professionnelles partagées et coordonnées. <u>Par leur organisation, elles favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.</u></p>
<p>« Les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités. Pour déterminer ces capacités d'accueil, chaque université prend en compte les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle de ces formations. Ces objectifs pluriannuels, <del>qui tiennent compte des capacités de formation et des</del> besoins de santé du territoire, sont arrêtés par l'université sur avis conforme de l'agence régionale de santé ou des agences régionales de santé concernées. L'agence régionale de santé ou les agences régionales de santé consultent, au préalable, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie concernées. <del>Us</del> sont définis au regard d'objectifs nationaux pluriannuels établis par l'État pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins,</p>	<p>« Les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités. Pour déterminer ces capacités d'accueil, chaque université prend en compte les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle de ces formations. Ces objectifs pluriannuels, <u>déterminés par les</u> besoins de santé du territoire, sont arrêtés par l'université <u>en tenant compte des capacités de formation et de l'évolution prévisionnelle des effectifs et des compétences des acteurs de santé du territoire</u> sur avis conforme de l'agence régionale de santé ou des agences régionales de santé concernées. L'agence régionale de santé ou les agences régionales de santé consultent, au préalable, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie concernées. <u>Les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième</u></p>

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

~~notamment dans les territoires périurbains, ruraux, de montagne, insulaires et ultramarins,~~ et permettre l'insertion professionnelle des étudiants.

« L'admission en deuxième ou en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est subordonnée à la validation d'un parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur et à la réussite à des épreuves, qui sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, ainsi que des étudiants engagés dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine, peuvent être admis en deuxième ou en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'État.

« Ces modalités d'admission garantissent la diversité des parcours des étudiants.

« II. – Un décret en Conseil d'État détermine :

« 1° La nature des parcours de formation ainsi que les grades, titres et diplômes permettant d'accéder en deuxième ou, selon les cas, en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ;

« 2° Les conditions et modalités d'admission ou de réorientation en deuxième ou troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ;

« 3° Les modalités de définition des objectifs nationaux pluriannuels mentionnés au I ;

~~« 3° bis (nouveau) Les modalités de définition d'objectifs~~ de diversification des voies d'accès à la deuxième ou la troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

cycle sont définis au regard d'objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former établis par l'État pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants.

« L'admission en deuxième ou en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est subordonnée à la validation d'un parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur et à la réussite à des épreuves, qui sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, ainsi que des étudiants engagés dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine, peuvent être admis en deuxième ou en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'État.

« Ces modalités d'admission garantissent la diversité des parcours des étudiants.

« Tout étudiant ayant validé le premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est admis en deuxième cycle de ces mêmes formations dans la même université. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles des candidats ayant validé le premier cycle de ces mêmes formations dans une autre université ou des candidats justifiant de certains grades, titres ou diplômes étrangers de ces mêmes formations peuvent également être admis en deuxième cycle.

« II. – Un décret en Conseil d'État détermine :

« 1° La nature des parcours de formation ainsi que les grades, titres et diplômes permettant d'accéder en deuxième ou, selon les cas, en troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ;

« 2° Les conditions et modalités d'admission ou de réorientation en deuxième ou troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ;

« 3° Les modalités de définition des objectifs nationaux pluriannuels mentionnés au I ;

« 3° bis Les modalités de diversification des voies d'accès à la deuxième ou à la troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique sans qu'aucune de ces voies ne puisse dépasser à elle seule une proportion des places offertes fixée par ce même décret ;

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

« 4° Les modalités d'évaluation des étudiants et les conditions de délivrance des diplômes ;

« 5° Les modalités de fixation du nombre d'élèves des écoles du service de santé des armées pouvant être accueillis en deuxième et troisième ~~années~~ de premier cycle des formations de médecine, de pharmacie et d'odontologie et leur répartition par université ;

« 6° Les modalités de fixation des objectifs d'admission en première année du deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie et d'odontologie des élèves des écoles du service de santé des armées et leur répartition par université ainsi que les conditions dans lesquelles ces nombres sont pris en compte par les universités et les agences régionales de santé pour la détermination des objectifs d'admission en première année du deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie et d'odontologie ;

« 7° Les conditions et modalités d'accès dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique pour les titulaires d'un diplôme d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération suisse ou de la Principauté d'Andorre ;

« 8° Les conditions et modalités d'accès dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique pour les titulaires d'un diplôme des pays autres que ceux cités au 7° ;

« 9° Les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme ~~en~~ santé validé à l'étranger permettant d'exercer dans le pays de délivrance peuvent postuler aux diplômes français correspondants. »

II. – L'article L. 631-2 du code de l'éducation est abrogé.

III. – L'article 39 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche est ainsi rédigé :

« Art. 39. – L'État peut, à titre expérimental et pour une durée de six ans à compter de la rentrée universitaire 2020, autoriser l'organisation des formations relevant du titre III du livre VI du code de l'éducation selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche.

« Les conditions de mise en œuvre du premier alinéa sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.

« Au cours de la sixième année de l'expérimentation, les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé présentent au Parlement un rapport d'évaluation des expérimentations menées au titre du

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« 4° Les modalités d'évaluation des étudiants et les conditions de délivrance des diplômes ;

« 5° Les modalités de fixation du nombre d'élèves des écoles du service de santé des armées pouvant être accueillis en deuxième et troisième année de premier cycle des formations de médecine, de pharmacie et d'odontologie et leur répartition par université ;

« 6° Les modalités de fixation des objectifs d'admission en première année du deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie et d'odontologie des élèves des écoles du service de santé des armées et leur répartition par université ainsi que les conditions dans lesquelles ces nombres sont pris en compte par les universités et les agences régionales de santé pour la détermination des objectifs d'admission en première année du deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie et d'odontologie ;

« 7° Les conditions et modalités d'accès dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique pour les titulaires d'un diplôme d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération suisse ou de la Principauté d'Andorre ;

« 8° Les conditions et modalités d'accès dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique pour les titulaires d'un diplôme des pays autres que ceux cités au 7° du présent II ;

« 9° Les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme sanctionnant des études de santé validé à l'étranger permettant d'exercer dans le pays de délivrance peuvent postuler aux diplômes français correspondants. »

II à IV. – *(Non modifiés)*



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

présent article. »

IV. – Le second alinéa de l'article L. 632-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase, les mots : « arrêtés du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé » sont remplacés par le mot : « décret » ;

2° La seconde phrase est supprimée.

V. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le *l* du 2° de l'article L. 1431-2 est complété par les mots : « et se prononcent, dans les conditions prévues par le code de l'éducation, sur la détermination par les universités des ~~capacités d'accueil~~ en première année ~~de~~ deuxième cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique » ;

2° (*nouveau*) Après la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 1432-4, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elle est consultée dans les conditions prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation. »

VI. – Au 3° du V de l'article L. 612-3 du code de l'éducation, les mots : « ou à une première année commune aux études de santé » sont supprimés.

VII. – Les I, II et III sont applicables à compter de la rentrée universitaire 2020.

Les étudiants ayant suivi soit une première année commune aux études de santé prévue à l'article L. 631-1 du code de l'éducation, soit une première année commune aux études de santé adaptée prévue au 1° *bis* de l'article 39 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, soit une à trois années d'un premier cycle universitaire adapté conduisant à un diplôme national de licence prévues au 2° du même article 39, avant la publication de la présente loi, et qui auraient eu, en application des dispositions antérieures à la présente loi, la possibilité de présenter pour la première ou la seconde fois leur candidature à l'accès en deuxième année des études médicales, pharmaceutiques, odontologiques ou maïeutiques conservent cette possibilité selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

VIII (*nouveau*). – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de la réforme du premier cycle des études mentionnées à l'article L. 631-1 du code de l'éducation en 2021 et en 2023. Ce rapport porte notamment sur les informations apportées aux lycéens et aux étudiants concernant les modalités d'accès aux études de santé, le taux de succès des candidats selon la modalité d'accès et la diversité des profils d'étudiants

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

V. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le *l* du 2° de l'article L. 1431-2 est complété par les mots : « et se prononcent, dans les conditions prévues par le code de l'éducation, sur la détermination par les universités des objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique » ;

2° Après la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 1432-4, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elle est consultée dans les conditions prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation. »

VI à VIII. – (*Non modifiés*)

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

admis dans les études médicales. Le rapport transmis en 2023 présente en outre une analyse de la réussite des étudiants à l'issue de leur premier cycle.

### Article 2

I. – L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art. L. 632-2. – I. – Peuvent accéder au troisième cycle des études de médecine :

« 1° Les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études de médecine en France ou les étudiants ayant validé une formation médicale de base au sens de l'article 24 de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans un État membre de l'Union européenne, un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre. L'admission est alors subordonnée à l'obtention d'une note minimale à des épreuves nationales permettant d'établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle ;

« 2° Les médecins en exercice.

« II. – Un décret en Conseil d'État détermine :

« 1° A (*nouveau*) Les modalités nationales d'organisation des épreuves de connaissances et de compétences ;

« 1° Les conditions et modalités d'accès au troisième cycle des études de médecine pour les étudiants et professionnels mentionnés au I ;

« 2° Les modalités d'organisation du troisième cycle des études de médecine ;

« 3° Les modalités de répartition des postes ouverts aux étudiants de troisième cycle des études de médecine par spécialité et par subdivision territoriale, compte tenu des capacités de formation et des besoins prévisionnels du système de santé en compétences

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 2

I. – L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art. L. 632-2. – I. – Peuvent accéder au troisième cycle des études de médecine :

« 1° Les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études de médecine en France ou les étudiants ayant validé une formation médicale de base au sens de l'article 24 de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans un État membre de l'Union européenne, un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre. L'admission est alors subordonnée à l'obtention d'une note minimale à des épreuves nationales permettant d'établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle ;

« 2° Les médecins en exercice.

« I bis (*nouveau*). – Pour les étudiants de troisième cycle des études de médecine générale et d'autres spécialités définies par décret, la dernière année du troisième cycle est une année de pratique ambulatoire en autonomie, en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, et avec l'avis conforme du conseil départemental de l'ordre des médecins et de l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux.

« II. – Un décret en Conseil d'État détermine :

« 1° A Les modalités nationales d'organisation des épreuves de connaissances et de compétences mentionnées au 1° du I ;

« 1° Les conditions et modalités d'accès au troisième cycle des études de médecine pour les étudiants et professionnels mentionnés au même I ;

« 2° Les modalités d'organisation du troisième cycle des études de médecine, et notamment d'organisation d'échanges internationaux et de réalisation de stages auprès de praticiens agréés-maîtres de stages des universités ;

« 3° Les modalités de répartition des postes ouverts aux étudiants accédant au troisième cycle des études de médecine par spécialité et par subdivision territoriale, compte tenu des capacités de formation et des besoins prévisionnels du système de santé en compétences

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

médicales spécialisées ;

« 4° Les modalités d'affectation sur ces postes, par spécialité et centre hospitalier universitaire. L'affectation par subdivision territoriale et par spécialité des étudiants ayant satisfait aux exigences des épreuves mentionnées ~~et dessus~~ s'effectue selon des modalités prenant en compte les résultats aux épreuves mentionnées au 1° ainsi que le parcours de formation, le projet professionnel des étudiants et, le cas échéant, leur situation de handicap ;

« 5° Les modalités de changement d'orientation ;

« 5° *bis* (nouveau) Les modalités ~~permettant une adéquation optimale entre le nombre de postes ouverts aux étudiants accédant au troisième cycle et le nombre de postes effectivement pourvus ;~~

« 6° (nouveau) ~~Les modalités d'évaluation de la réforme.~~ »

II. – L'article L. 632-3 du code de l'éducation est ainsi rétabli :

« Art. L. 632-3. – Les postes ouverts aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées par subdivision territoriale et par spécialité sont inscrits sur une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles ces postes sont répartis entre ces élèves. »

II *bis* (nouveau). – Le 1° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation est abrogé.

III. – Le titre VIII du livre VI du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° ~~Au premier alinéa de l'article L. 681-1 et aux articles L. 683-1 et L. 684-1, la référence : « loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants » est remplacée par la référence : « loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

médicales spécialisées ;

« 4° Les modalités d'affectation sur ces postes, par spécialité et centre hospitalier universitaire. L'affectation par subdivision territoriale et par spécialité des étudiants ayant satisfait aux exigences des épreuves mentionnées au 1° dudit I s'effectue selon des modalités prenant en compte les résultats aux épreuves mentionnées au même 1° ainsi que le parcours de formation, le projet professionnel des étudiants et, le cas échéant, leur situation de handicap ;

« 5° Les modalités de changement d'orientation ;

« 5° *bis* Les modalités d'établissement de la liste des postes mentionnés au 3° permettant une adéquation optimale entre le nombre de ces postes et le nombre de postes effectivement pourvus ;

« 5° *ter* (nouveau) Les modalités d'organisation de l'année de pratique ambulatoire en autonomie ;

« 6° (**Supprimé**) ».

II et II *bis*. – (*Non modifiés*)

III. – Le titre VIII du livre VI du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° L'article L. 681-1 est ainsi modifié :

a) (nouveau) Au premier alinéa, les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence : « L. 632-4 et » et la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées ;

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

« Sont applicables dans les îles Wallis et Futuna,

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

2° L'article L. 681-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 à Wallis-et-Futuna, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. » ;

3° L'article L. 683-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 en Polynésie française, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'autorité compétente en matière de santé. » ;

4° L'article L. 684-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 en Nouvelle-Calédonie, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à

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

dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

1° bis L'article L. 683-1 est ainsi modifié :

a) Les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence : « L. 632-4 et » et la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables en Polynésie française, dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

1° ter L'article L. 684-1 est ainsi modifié :

a) Les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence : « L. 632-4 et » et la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables en Nouvelle-Calédonie, dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

2° L'article L. 681-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 à Wallis-et-Futuna, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. » ;

3° L'article L. 683-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 en Polynésie française, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'autorité compétente en matière de santé. » ;

4° L'article L. 684-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 en Nouvelle-Calédonie, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à

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

l'autorité compétente en matière de santé. »

III *bis* (nouveau). – Au premier alinéa du III de l'article L. 713-4 du code de l'éducation, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 4° du II ».

IV. – L'article 39 de la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités est abrogé.

V. – A. – Les dispositions des I et II sont applicables aux étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine à compter de la rentrée universitaire 2020.

B. – Les modalités d'affectation en troisième cycle des étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine de la rentrée universitaire 2020 à la rentrée universitaire 2022 sont précisées par décret.

VI. – Les étudiants qui ne répondent pas aux conditions du I sans avoir épuisé, à l'issue de l'année universitaire 2021-2022, leurs possibilités de se présenter aux épreuves classantes nationales prévues par les dispositions antérieures à la présente loi peuvent accéder au troisième cycle des études médicales dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.

VII. – Sont abrogés :

1° L'article 20 de la loi n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de Guyane et de Martinique ;

2° Le III de l'article 125 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche.

VIII (nouveau). – Le Gouvernement remet au Parlement en 2024 un rapport d'évaluation de la réforme du deuxième cycle des études de médecine résultant du présent article. Ce rapport porte notamment sur l'apport des nouvelles modalités d'évaluation des connaissances et des compétences des étudiants ~~sur le processus d'orientation progressive des étudiants~~, la construction de leur projet professionnel et le choix de ~~la~~ spécialité et de ~~la~~ subdivision d'affectation.

### Article 2 bis (nouveau)

L'article L. 632-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° ~~Le premier alinéa est complété~~ par deux phrases ainsi rédigées : « Elles permettent à l'étudiant d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice des activités de soins et de prévention dans différents territoires et modes d'exercice. Elles favorisent la participation des patients

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'autorité compétente en matière de santé. »

III *bis* et IV à VII. – (Non modifiés)

VIII. – Le Gouvernement remet au Parlement en 2024 un rapport d'évaluation de la réforme du deuxième cycle des études de médecine résultant du présent article. Ce rapport porte notamment sur l'apport des nouvelles modalités d'évaluation des connaissances et des compétences des étudiants, sur la construction de leur projet professionnel et le choix de leur spécialité et de leur subdivision territoriale d'affectation.

### Article 2 bis

L'article L. 632-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Elles permettent aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice des activités de soins et de prévention dans différents territoires et modes d'exercice. Elles permettent la participation effective des étudiants à

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

~~dans les formations pratiques et théoriques. » ;~~

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

~~« Le déploiement tout au long des études de médecine d'une offre de formation et de stage répondant aux besoins des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, fait l'objet d'une évaluation tous les trois ans par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Cette évaluation est transmise au Parlement. »~~

### Article 2 *ter* (nouveau)

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° ~~Après le mot : « générale », sont insérés les mots : « et des autres spécialités » ;~~

2° Les mots : « généralistes agréés » sont remplacés par les mots : « agréés-maîtres de stage des universités ».

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'activité hospitalière. » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Au cours des deuxième et troisième cycles, elles offrent aux étudiants la possibilité de participer à des programmes d'échanges internationaux.

« Le déploiement tout au long des études de médecine d'une offre de stage dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, fait l'objet d'une évaluation tous les trois ans par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Cette évaluation est transmise au Parlement. » ;

3° (nouveau) À la première phrase du second alinéa, après la référence : « L. 632-2 », sont insérés les mots : « du présent code ».

### Article 2 *ter*

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A (nouveau) Après les mots : « étudiants de », sont insérés les mots : « deuxième cycle et de » ;

1° Le mot : « générale » est supprimé ;

2° Les mots : « généralistes agréés » sont remplacés par les mots : « agréés-maîtres de stage des universités » ;

3° (nouveau) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les conditions de l'agrément des praticiens agréés-maîtres de stage des universités, qui comprennent une formation obligatoire auprès de l'université de leur choix ou de tout autre organisme habilité, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« L'agrément peut être accordé aux praticiens installés depuis au moins un an pour une durée maximale de cinq ans. »

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

### Article 3

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue visant à :

1° Créer une procédure de certification ~~permettant de garantir~~, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau ~~de connaissances~~ ;

2° Déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification, les conditions de sa mise en œuvre et de son contrôle, les organismes qui en sont chargés, les conséquences de la méconnaissance de cette procédure ou de l'échec à celle-ci, ainsi que les voies de recours ouvertes à l'encontre de ces conséquences.

II. – Les ordonnances prévues au I sont prises :

1° Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, pour celle relative à la profession de médecin ;

2° Dans un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi, pour celles relatives aux autres professions mentionnées au premier alinéa du même I.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

### Article 3 bis A (nouveau)

L'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° ~~Après le mot : « handicapées, », la fin est ainsi rédigée : « l'annonce du handicap, le rôle des aidants et leur impact sur la santé. » ;~~

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret précise les modalités d'application du présent article pour chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 3

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue visant à :

1° Créer une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances, et de valoriser leur évolution ;

2° Déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification, les conditions de sa mise en œuvre et de son contrôle, les organismes qui en sont chargés, les conséquences de la méconnaissance de cette procédure ou de l'échec à celle-ci, ainsi que les voies de recours ouvertes à l'encontre de ces conséquences.

II. – *(Non modifié)*

### Article 3 bis A

I. – L'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° *(Supprimé)*

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret précise les modalités d'application du présent article pour chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

II (nouveau). – Le I de l'article L. 1521-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 1110-1-1 est applicable à Wallis-et-Futuna dans sa rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la

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

**Article 3 bis B (nouveau)**

Le cinquième alinéa de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette liste mentionne, le cas échéant, les titres de spécialités ou de pratiques avancées détenus par les professionnels. »

**Article 3 bis (nouveau)**

~~Après le mot : « initiale », la fin du 10° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « et continue des professionnels de santé, leurs effectifs et leur exercice professionnel, en prenant en compte notamment la prospective en matière de technologies et les implications qui en résultent pour ces professionnels ; ».~~

CHAPITRE II

**Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires**

**Article 4**

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « étudiants », sont ~~ajoutés~~ les mots : « de deuxième et troisième cycles des études de médecine ou d'odontologie et, de façon distincte, 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 » ;

b) Les mots : « , admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, » sont supprimés ;

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

« Les candidatures à la signature d'un contrat d'engagement de service public sont classées dans la

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

transformation du système de santé, et sous réserve des adaptations prévues au II du présent article. »

**Article 3 bis B  
(Conforme)**

**Article 3 bis**

Le 10° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « et continue » ;

2° Le mot : « ultérieur » est supprimé.

CHAPITRE II

**Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires**

**Article 4**

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « étudiants », sont insérés les mots : « de deuxième et troisième cycles des études de médecine ou d'odontologie et, de façon distincte, 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 » ;

b) Les mots : « , admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, » sont supprimés ;

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

« Les candidatures à la signature d'un contrat d'engagement de service public sont classées dans la



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

limite du nombre fixé au premier alinéa du présent article, selon des modalités fixées par voie réglementaire. » ;

3° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « étudiants et internes » sont remplacés par le mot : « signataires » ;

b) La même première phrase est complétée par les mots : « ou odontologiques ou de leur parcours de consolidation des compétences » ;

c) À la deuxième phrase, ~~les mots : « les étudiants » sont remplacés par les mots : « les signataires » ;~~

d) À la même deuxième phrase, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

4° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, les mots : « À l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2 du présent code, » sont supprimés ;

b) Après le mot : « public », sont insérés les mots : « et réunissant les conditions pour accéder au troisième cycle » ;

c) Les mots : « un poste d'interne » sont remplacés par les mots : « , au regard des critères mentionnés au 4° du II ~~de l'article L. 632-2, un poste » ;~~

5° La première phrase du quatrième alinéa est ainsi modifiée :

a) Au début, les mots : « Au cours de la dernière année de leurs études, » sont supprimés ;

b) Les mots : « internes ayant signé » sont remplacés par les mots : « signataires d' » ;

6° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de ne pas remettre en cause la réalisation des projets professionnels des signataires, précisés et consolidés au cours de leur formation, ou de leur parcours de consolidation des compétences, le Centre national de gestion peut maintenir sur la liste des lieux d'exercice des lieux qui remplissaient les conditions relatives à l'offre et à l'accès aux soins fixées au cinquième ~~alinéa, dans les deux~~ ans précédant la publication de la liste. » ;

7° Le cinquième alinéa est supprimé ;

8° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « médecins ou

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

limite du nombre fixé au premier alinéa du présent article, selon des modalités fixées par voie réglementaire. » ;

3° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « étudiants et internes » sont remplacés par le mot : « signataires » ;

b) La même première phrase est complétée par les mots : « ou odontologiques ou de leur parcours de consolidation des compétences » ;

c) À la deuxième phrase, le mot : « étudiants » est remplacé par le mot : « signataires » ;

d) À la même deuxième phrase, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

4° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, les mots : « À l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2 du présent code, » sont supprimés ;

b) Après le mot : « public », sont insérés les mots : « et réunissant les conditions pour accéder au troisième cycle » ;

c) Les mots : « un poste d'interne » sont remplacés par les mots : « , au regard des critères mentionnés au 4° du II du même article L. 632-2 du présent code, un poste » ;

5° La première phrase du quatrième alinéa est ainsi modifiée :

a) Au début, les mots : « Au cours de la dernière année de leurs études, » sont supprimés ;

b) Les mots : « internes ayant signé » sont remplacés par les mots : « signataires d' » ;

6° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de ne pas remettre en cause la réalisation des projets professionnels des signataires, précisés et consolidés au cours de leur formation, ou de leur parcours de consolidation des compétences, le Centre national de gestion peut maintenir sur la liste des lieux d'exercice des lieux qui remplissaient les conditions relatives à l'offre et à l'accès aux soins fixées au cinquième alinéa du présent article, dans les trois ans précédant la publication de la liste. » ;

7° Le cinquième alinéa est supprimé ;

8° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « médecins ou

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

étudiants ayant signé » sont remplacés par les mots : « signataires d' » ;

b) À la même première phrase, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

c) À la fin de ~~ladite~~ première phrase, les mots : « dont le montant dégressif égale au plus les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une pénalité » sont remplacés par les mots : « ainsi que d'une pénalité dont les modalités sont fixées par voie réglementaire » ;

d) Les deux dernières phrases sont supprimées.

II. – L'article L. 634-2 du code de l'éducation est abrogé.

II bis (nouveau). – Au troisième alinéa du II de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale, les références : « , L. 632-7 et L. 634-2 » sont remplacées par la référence : « et L. 632-7 ».

III. – Le 4° du I est applicable aux étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine ou d'odontologie à compter de la rentrée universitaire 2019 et, pour les 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, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

les étudiants ayant signé » sont remplacés par les mots : « signataires d' » ;

b) À la même première phrase, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

c) À la fin de la même première phrase, les mots : « dont le montant dégressif égale au plus les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une pénalité » sont remplacés par les mots : « ainsi que d'une pénalité dont les modalités sont fixées par voie réglementaire » ;

d) Les deux dernières phrases sont supprimées.

II et II bis. – (Non modifiés)

III. – Le 4° du I est applicable aux étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine ou d'odontologie à compter de la rentrée universitaire 2020 et, pour les 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, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

#### Article 4 bis A (nouveau)

Le 21° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« 21° Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ; ».

#### Article 4 bis (nouveau)

I. – L'article L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« Art. L. 722-4-1. – Les honoraires et revenus des médecins mentionnés à l'article L. 646-1 installés dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique et effectuant au moins cinq années d'activité professionnelle à titre libéral sont exonérés des cotisations dues en application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3 du présent code jusqu'au terme de leur cinquième année d'activité continue et conformément à un barème dégressif avec le délai d'installation déterminé par décret.

« Le présent article n'est pas applicable aux

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

**Article 5**

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4131-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département, » sont remplacés par les mots : « à titre de remplaçant d'un médecin » ;

b) À la fin du quatrième alinéa, les mots : « les services de l'État » sont remplacés par les mots : « l'agence régionale de santé » ;

2° Après le même article L. 4131-2, il est inséré un article L. 4131-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-2-1. – Les personnes remplissant les conditions définies aux 1° et 2° de l'article L. 4131-2 peuvent être autorisées à exercer la médecine comme adjoint d'un médecin :

« 1° Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4 ;

« 2° En cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département ;

« 3° Dans l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Ces autorisations sont délivrées, pour une durée limitée, par le conseil départemental de l'ordre des

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

installations dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Ces zones sont déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Article 4 ter**

*(Article nouveau-supprimé non transmis par le Sénat)*

**Article 5**

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4131-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département, » sont remplacés par les mots : « à titre de remplaçant d'un médecin » ;

b) À la fin du quatrième alinéa, les mots : « les services de l'État » sont remplacés par les mots : « l'agence régionale de santé » ;

2° Après le même article L. 4131-2, il est inséré un article L. 4131-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-2-1. – Les personnes remplissant les conditions définies aux 1° et 2° de l'article L. 4131-2 peuvent être autorisées à exercer la médecine comme adjoint d'un médecin :

« 1° Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4 ;

« 2° En cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département ;

« 3° Dans l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'ordre des médecins, le cas échéant sur proposition du maire de la commune.

« Ces autorisations sont délivrées, pour une durée limitée, par le conseil départemental de l'ordre des

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

médecins, qui en informe l'agence régionale de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien assisté ainsi que la durée maximale des autorisations, les modalités de leur délivrance et les conditions de leur prorogation. »

II. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre IV de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'article L. 4421-1, après la référence : « livre I<sup>er</sup> de la partie IV », sont insérés les mots : « , dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;

2° Le 1° de l'article L. 4421-1-3 est ainsi rédigé :

« 1° Pour l'application à Wallis-et-Futuna des articles L. 4131-2 et L. 4131-2-1 :

« a) Les références au représentant de l'État dans le département et au conseil départemental de l'ordre des médecins sont remplacées par la référence à l'administrateur supérieur ;

« b) La référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'agence de santé ; »

3° Les 2° et 3° du même article L. 4421-1-3 sont abrogés.

III. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre IV de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4431-1, après la référence : « présente partie », sont insérés les mots : « , dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;

2° Après l'article L. 4431-6, il est inséré un article L. 4431-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4431-6-1. – Pour l'application dans les Terres australes et antarctiques françaises des articles L. 4131-2 et L. 4131-2-1, les références au représentant de l'État dans le département, au conseil départemental de l'ordre des médecins et à l'agence régionale de santé sont remplacées par la référence à l'administrateur supérieur. »

**Article 5 bis (nouveau)**

~~I. – Le 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par les mots : « , pour chaque profession et pour chaque spécialité ou groupe de~~

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

médecins, qui en informe l'agence régionale de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien assisté ainsi que la durée maximale des autorisations, les modalités de leur délivrance et les conditions de leur prorogation. »

II et III. – (*Non modifiés*)

**Article 5 bis**

L'article L. 1434-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

~~spécialités médicales ».~~

~~H. Le I entre en vigueur à compter de la publication du décret d'application déterminant le zonage par spécialité ou groupe de spécialités médicales.~~

**Article 5 ter (nouveau)**

L'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° Après le mot : « certificat », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « attestant le décès, établi par un médecin, en activité ou retraité, ~~ou~~ par un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret détermine également les modalités d'établissement de ce certificat lorsqu'il est établi par des médecins retraités. »

**Article 5 quater (nouveau)**

~~Au premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, après le mot : « arrêté », sont insérés les mots : « réévalué tous les deux ans, ».~~

- 16 -

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

1° Le 1° est complété par les mots : « , pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale » ;

2° (nouveau) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent. »

**Article 5 ter**

L'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° Après le mot : « certificat », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « attestant le décès, établi par un médecin, en activité ou retraité, par un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France ou un praticien à diplôme étranger hors Union européenne autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret détermine également les modalités d'établissement de ce certificat lorsqu'il est établi par des médecins retraités. »

**Article 5 quater  
(Supprimé)**

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

CHAPITRE III

**Fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité**

**Article 6**

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des personnels mentionnés au titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique, des personnels mentionnés à la section 3 du chapitre II du titre V du livre IX du code de l'éducation et des personnels employés dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles pour :

1° Faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ;

2° Simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter, et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital.

II. – L'ordonnance est prise dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

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

CHAPITRE III

**Fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité**

**Article 6**

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des personnels mentionnés au titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique, des personnels mentionnés à la section 3 du chapitre II du titre V du livre IX de la quatrième partie du code de l'éducation et des personnels employés dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles pour :

1° Faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières, en assurant un meilleur encadrement des écarts de rémunération entre les personnels titulaires et ceux recrutés par contrat ;

2° Simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter, et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital.

II. – *(Non modifié)*

**Article 6 bis A (nouveau)**

L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-5-1. – I. – Lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exerçaient à titre principal, il peut être interdit, en cas de départ temporaire ou définitif, aux praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1, au 1° de l'article L. 6152-1 et au 2° du même article L. 6152-1 pour les praticiens dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 % d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« Le directeur de l'établissement fixe, après avis des instances mentionnées aux articles L. 6143-5 et

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

- 18 -

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

L. 6144-1, les conditions de mise en œuvre de cette disposition, par profession ou spécialité, selon des modalités définies par voie réglementaire.

« L'interdiction ne peut excéder une durée de vingt-quatre mois et ne peut s'appliquer que dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel les praticiens mentionnés au premier alinéa du présent article exercent à titre principal.

« En cas de non-respect de cette disposition, une indemnité est due par les praticiens pour chaque mois durant lequel l'interdiction n'est pas respectée. Le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, le directeur de l'établissement notifie au praticien la décision motivée fixant le montant de l'indemnité due calculé sur la base de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« II. – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à temps partiel ne peuvent user de leurs fonctions hospitalières pour entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exercent à titre principal dans le cadre d'une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« La décision d'exercice à temps partiel du praticien peut comprendre une interdiction d'exercer une activité rémunérée dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel il exerce à titre principal.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, il est mis fin à l'autorisation d'exercer à temps partiel.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

**Article 6 bis (nouveau)**

~~Après le deuxième alinéa de l'article L. 6151-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

**Article 6 bis**

L'article L. 6151-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° (nouveau) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « soixante-cinq » est remplacé par le mot : « soixante-sept » ;

b) La référence : « l'article 2 de la loi n° 86-1304 du 23 décembre 1986 relative à la limite d'âge et aux modalités de recrutement de certains fonctionnaires civils

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

« Une partie de ces fonctions hospitalières ~~doit être~~ réalisée dans un ou plusieurs établissements publics de santé autres que les centres hospitaliers et universitaires créés en application de l'article L. ~~6142-1~~. Elle peut également l'être dans un ou plusieurs établissements sociaux ou médico-sociaux publics. Lorsque, en raison de la nature de sa spécialité, les fonctions hospitalières du consultant ne peuvent être réalisées dans un établissement autre qu'un centre hospitalier et universitaire, il ~~doit réaliser pour partie~~ une activité d'expertise et de conseil portant sur le fonctionnement des établissements dans la région ou le territoire dans lequel il exerce. Un décret fixe les conditions de mise en œuvre du présent alinéa. »

### Article 6 ter (nouveau)

L'article 107 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigé :

« *Art. 107.* – Le présent titre est applicable aux fonctionnaires relevant des corps mentionnés dans un décret en Conseil d'État nommés dans des emplois permanents à temps non complet. Le même décret prévoit les dérogations au présent titre rendues nécessaires par la nature de ces emplois. »

## TITRE II

### CRÉER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

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

#### Promouvoir les projets territoriaux de santé

##### Article 7 A (nouveau)

À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-2 du code général des collectivités territoriales, après le mot : « scientifique, », sont insérés les mots : « à la promotion de la santé, ».

##### Article 7 B (nouveau)

~~Après l'article L. 1411-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411-2-1 ainsi rédigé :~~

~~« *Art. L. 1411-2-1.* Dans le cadre des~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

de l'État » est remplacée par la référence : « l'article L. 952-10 du code de l'éducation » ;

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

« Une partie de ces fonctions hospitalières est réalisée dans un ou plusieurs établissements publics de santé autres que les centres hospitaliers et universitaires créés en application de l'article L. 6142-1 du présent code. Elle peut également l'être dans un ou plusieurs établissements sociaux ou médico-sociaux publics. Lorsque, en raison de la nature de sa spécialité, les fonctions hospitalières du consultant ne peuvent être réalisées dans un établissement autre qu'un centre hospitalier et universitaire, il effectue une activité d'expertise et de conseil portant sur le fonctionnement des établissements dans la région ou le territoire dans lequel il exerce. Un décret fixe les conditions de mise en œuvre du présent alinéa. »

### Article 6 ter

(Conforme)

## TITRE II

### CRÉER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

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

#### Promouvoir les projets territoriaux de santé

##### Article 7 A

(Conforme)

##### Article 7 B

(Supprimé)



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

~~compétences qui leur sont reconnues par la loi et dans le respect des conventions les liant à l'État, les collectivités territoriales sont associées à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent.~~

~~«Elles peuvent définir, sur leur territoire, des objectifs particuliers en matière de promotion de la santé telle que définie au 2° de l'article L. 1411-1. Elles informent le représentant de l'État dans le département ou la région ainsi que le directeur général de l'agence régionale de santé du contenu de ces objectifs.»~~

**Article 7 C (nouveau)**

L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

« L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé. »

**Article 7 D (nouveau)**

~~À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, après le mot : « composé », sont insérés les mots : « des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, ».~~

**Article 7 E (nouveau)**

~~Au début de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, il est ajouté un I A ainsi rédigé :~~

~~« I A. L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. »~~

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

**Article 7 C  
(Conforme)**

**Articles 7 D et 7 E  
(Supprimés)**

**Article 7 F (nouveau)**

À l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

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

### Article 7

I. – Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1434-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du II est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

b) Le III est complété par huit alinéas ainsi rédigés :

« Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés par des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été approuvé et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.

« Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées ~~au même~~ article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé.

« Les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées peuvent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet territorial

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 7

I. – Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A (nouveau) Au dernier alinéa du 2° de l'article L. 1434-2, après le mot : « œuvre », sont insérés les mots : « pour la même durée » :

1° L'article L. 1434-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du II est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

a bis) (nouveau) À la première phrase du troisième alinéa du même II, après la référence : « L. 6327-2 », sont insérés les mots : « du présent code » :

a ter) (nouveau) À l'avant-dernière phrase du premier alinéa du III, après les mots : « locaux de santé », sont insérés les mots : « , des conseils locaux de santé mentale » :

b) Le même III est complété par huit alinéas ainsi rédigés :

« Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été validé, avec le concours de l'union régionale des professionnels de santé mentionnée à l'article L. 4031-1, et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.

« Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé.

« Les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées peuvent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet territorial

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

de santé, après autorisation du ministre de la défense.

« Les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 et les collectivités territoriales participent à l'élaboration, ~~à la mise en œuvre et à l'évaluation~~ du projet territorial de santé, selon des modalités définies par décret.

« Le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé mentionnée au 5° de l'article L. 1411-1.

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, ~~aux soins de proximité et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'amélioration de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite.~~

« Le projet territorial de santé est ~~soumis à l'approbation~~ du directeur général de l'agence régionale de santé, ~~qui se prononce au regard~~ des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ~~et de~~ la pertinence du territoire du projet territorial de santé, après avis du conseil territorial de santé.

« Les projets territoriaux de santé font l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé. » ;

c) (nouveau) Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent. » ;

2° L'article L. 1434-12 est ainsi modifié :

~~aa) (nouveau) - (Supprimé)~~

~~a) Le troisième alinéa est complété par les mots : « pour approbation » ;~~

b) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le projet de santé est réputé valide, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. » ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

de santé, après autorisation du ministre de la défense.

« Les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 et les collectivités territoriales et leurs groupements participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé, selon des modalités définies par décret.

« Le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé mentionnée au 5° de l'article L. 1411-1.

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins.

« Le projet territorial de santé est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci peut s'y opposer, dans un délai de deux mois, en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire du projet territorial de santé, après avis du conseil territorial de santé.

« Les projets territoriaux de santé font l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé. » ;

c) Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent. » ;

2° L'article L. 1434-12 est ainsi modifié :

~~aa et a) (Supprimés)~~

b) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le projet de santé est réputé valide, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. » ;

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

c) (*nouveau*) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 1434-13 est ainsi rédigé :

« Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires ~~et~~ des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé lorsque ces derniers ont été ~~approuvés~~, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé. » ;

4° Au 1° de l'article L. 1441-5, après ~~les mots~~ : « ~~deuxième alinéa du I~~ », sont insérés les mots : « et les sept derniers alinéas du III » ;

5° Le II de l'article L. 1441-6 est ainsi rétabli :

« II. – Pour l'application à Saint-Pierre-et-Miquelon de l'article L. 1434-10, la deuxième phrase du deuxième alinéa du I est ainsi rédigée : “Ce conseil veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondés sur la participation des habitants.” »

II. – Les communautés professionnelles territoriales de santé qui, à la date de publication de la présente loi, ont transmis leur projet de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique et conclu un contrat territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-13 du même code sont réputées disposer d'un projet de santé ~~approuvé~~, sauf opposition de leur part signalée à l'agence régionale de santé dans un délai de six mois à compter de la date de publication de la présente loi.

III (*nouveau*). – Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Concertation avec les élus

« Art. L. 1434-15. – ~~Dans chaque département, le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé présente devant des élus, au moins une fois par an et en tant que de besoin, le bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l'année écoulée ainsi que ses orientations pour l'année à venir, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.~~

« Les élus mentionnés au premier alinéa sont ~~les parlementaires du département~~, le président du conseil

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

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 1434-13 est ainsi rédigé :

« Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires, des projets de santé des équipes de soins spécialisés, des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé lorsque ces derniers ont été validés, ainsi que des projets territoriaux de santé mentionnés au même article L. 1434-10, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé. » ;

4° Au 1° de l'article L. 1441-5, après la référence : « I », sont insérés les mots : « et les sept derniers alinéas du III » ;

5° Le II de l'article L. 1441-6 est ainsi rétabli :

« II. – Pour l'application à Saint-Pierre-et-Miquelon de l'article L. 1434-10, la deuxième phrase du deuxième alinéa du I est ainsi rédigée : “Ce conseil veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondés sur la participation des habitants.” »

II. – Les communautés professionnelles territoriales de santé qui, à la date de publication de la présente loi, ont transmis leur projet de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique et conclu un contrat territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-13 du même code sont réputées disposer d'un projet de santé validé, sauf opposition de leur part signalée à l'agence régionale de santé dans un délai de six mois à compter de la date de publication de la présente loi.

III. – Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Concertation avec les élus

« Art. L. 1434-15. – Afin d'assurer une bonne coordination de l'action des collectivités territoriales et des agences régionales de santé, dans chaque département, les élus sont concertés sur l'organisation territoriale des soins au moins une fois par an par le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Les élus peuvent demander à inscrire une question à l'ordre du jour. Ils peuvent, en outre, solliciter l'organisation d'une réunion spécifique lorsque les circonstances le justifient.

« Les élus mentionnés au premier alinéa sont le président du conseil régional ou son représentant, le

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

régional ou son représentant, le président du conseil départemental ou son représentant, les présidents des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre du département et au moins cinq ~~représentants des~~ maires du département désignés par l'association départementale des maires.

« La ~~présentation est réalisée~~ en présence du délégué territorial de l'Agence nationale de la cohésion des territoires ou de son représentant.

« Cette ~~présentation donne lieu à débat.~~ »

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

président du conseil départemental ou son représentant, les présidents des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre du département et au moins cinq maires du département désignés par l'association départementale des maires. S'il existe plusieurs associations de maires dans le département, les maires sont désignés par le représentant de l'État dans le département après consultation desdites associations. S'il n'existe aucune association de maires dans le département, les maires sont désignés par le représentant de l'État dans le département.

« La concertation des élus intervient en présence du délégué territorial de l'Agence nationale de la cohésion des territoires ou de son représentant. »

IV (nouveau). – À la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , ou exerçant au sein d'une même communauté professionnelle territoriale de santé définie à l'article L. 1434-12 du même code, ».

#### **Article 7 bis AA (nouveau)**

I. – Le chapitre VII du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE VII

#### « Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

« Art. L. 6327-1. – Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient, peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1.

« Art. L. 6327-2. – Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

« 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

« 2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de

leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement :

« 3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

« Art. L. 6327-3. – Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.

« Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-4.

« Art. L. 6327-4. – Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'un ou plusieurs dispositifs d'appui.

« Art. L. 6327-5. – Les centres locaux d'information et de coordination mentionnés à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles peuvent intégrer le dispositif mentionné à l'article L. 6327-2 du présent code sur délibération en ce sens du conseil départemental.

« Art. L. 6327-6. – Pour les activités soumises à autorisation en application de l'article L. 6122-1, nécessitant une expertise particulière, des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, établissements de santé ainsi qu'aux agences régionales de santé.

« Art. L. 6327-7. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret. »

II. – Les dispositifs d'appui existants en application des articles L. 6321-1, L. 6321-2, L. 6327-1 à L. 6327-3 du code de la santé publique et de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles en vigueur antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi intègrent les dispositifs mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi dans un délai qui ne peut excéder trois ans suivant la date de publication de la présente loi. Au terme de ce délai, les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique et l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

III. – Les organisations assurant les fonctions d'appui à la coordination prévues au V de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qu'ils concernent les

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

**Article 7 bis A (nouveau)**

Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase de l'article L. 6323-1-2, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « de pharmacie ou d'odontologie » ;

2° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 6323-3, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « de pharmacie ou d'odontologie ».

**Article 7 bis (nouveau)**

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre d'un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1 ou L. 1434-12, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie pour certains traitements figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient. » ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique en vente libre ».

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

expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 intègrent les dispositifs unifiés mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi au plus tard à leur date d'expiration.

**Article 7 bis A  
(Conforme)**

**Article 7 bis**

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient. » ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative ».

**Article 7 ter A (nouveau)**

Après le quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, peut être désigné comme référent au sein d'une équipe de soins par le patient en perte d'autonomie ou en affection de longue durée, afin d'assurer la coordination clinique de proximité en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant. L'infirmière ou l'infirmier référent, le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles

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

**Article 7 ter (nouveau)**  
Après le mot : « exclusion », la fin du premier alinéa de l'article L. 4322-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « des affections nécessitant un traitement chirurgical. »

**Article 7 quater (nouveau)**  
I. – Le 7° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase est ainsi modifiée :

a) Les mots : « , dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, » et les mots : « au sein de l'équipe de soins » sont supprimés ;

b) Sont ajoutés les mots : « dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. ~~6323-1-10~~ et L. 6323-3 du présent code » ;

2° À la seconde phrase, après le mot : « chroniques », le signe : « , » est remplacé par le mot : « et » et, à la fin, les mots : « et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets » sont supprimés.

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

L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 ou L. 6323-3. »

**Article 7 ter B (nouveau)**

Le chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Dispositions diverses

« Art. L. 4312-15. – Les infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant, à ce titre, une rémunération forfaitaire par patient ne sont pas soumis à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.

« Ces professionnels ne sont pas réputés pratiquer le compéage au sens du présent code du seul fait de l'exercice en commun de leur activité et du partage d'honoraires réalisé dans ce cadre compte tenu de la perception d'une rémunération forfaitaire par patient. »

**Article 7 ter**

Au premier alinéa de l'article L. 4322-1 du code de la santé publique, les mots : « provoquant l'effusion de sang » sont remplacés par le mot : « chirurgicale ».

**Article 7 quater**

I. – Le 7° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase est ainsi modifiée :

a) Les mots : « , dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, » et les mots : « au sein de l'équipe de soins » sont supprimés ;

b) Sont ajoutés les mots : « dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code » ;

2° À la seconde phrase, après le mot : « chroniques », le signe : « , » est remplacé par le mot : « et » et, à la fin, les mots : « et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets » sont supprimés.

I bis (nouveau). – L'article L. 5521-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, la référence : « L. 5125-1 » est remplacée par la référence : « L. 5125-1-1 » ;



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

II. – Le *j* du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

III. – Pour une période n'excédant pas trois ans à compter de la publication de la présente loi et par dérogation à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, par arrêté, le montant, les modalités et les conditions d'éligibilité pour les rémunérations des pharmaciens mettant en œuvre les dispositions du 7° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

**Article 7 quinquies (nouveau)**

I. – L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 9°, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. ~~6323-1-10~~, et L. 6323-3, délivrer des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé, ~~et sur la base de protocoles définis par celle-ci.~~ » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe les conditions d'application du 10°, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant. »

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles L. 5125-1 et L. 5125-1-1 A sont applicables dans le territoire de Wallis-et-Futuna dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. »

II et III. – *(Non modifiés)*

**Article 7 quinquies A (nouveau)**

Le premier alinéa de l'article L. 5125-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « affecté », sont insérés les mots : « , d'une part, » ;

2° La référence : « à l'article L. 4211-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 4211-1 et L. 5125-24 » ;

3° Sont ajoutés les mots : « , et d'autre part, au conseil pharmaceutique et à l'exercice des missions prévues à l'article L. 5125-1-1 A ».

**Article 7 quinquies**

I. – L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 9°, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, délivrer pour certaines pathologies des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe les conditions d'application du 10°, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant. »

II. – *(Non modifié)*

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

**Article 7 *sexies* A (nouveau)**

À la fin du premier alinéa de l'article L. ~~4151-2 du code de la santé publique~~, les mots : « ~~et du nouveau-né~~ » sont remplacés par les mots : « ~~et de l'enfant, dans des conditions définies par décret~~ ».

**Article 7 *sexies* B (nouveau)**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après la première occurrence du mot : « qui », sont insérés les mots : « prescrivent des vaccins ou » ;

2° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Cet arrêté peut autoriser, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription par les pharmaciens de certains vaccins. Il en fixe les conditions. »

**Article 7 *sexies* C (nouveau)**

~~L'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :~~

~~1° Au sixième alinéa, les mots : « , hors verres correcteurs d'amétropie et lentilles de contact oculaire correctrices, » sont supprimés ;~~

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

~~« Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin. » ;~~

~~3° Au dernier alinéa, les mots : « est précisée » sont remplacés par les mots : « et les conditions de l'adaptation prévue au septième alinéa sont précisées ».~~

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

**Article 7 *sexies* A**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa de l'article L. 4151-2, les mots : « du nouveau-né » sont remplacés par les mots : « de l'enfant, dans des conditions définies par décret » ;

2° (nouveau) Après le mot : « Wallis-et-Futuna », la fin de l'article L. 4421-14 est ainsi rédigée : « dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. »

**Article 7 *sexies* B**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après la première occurrence du mot : « qui », sont insérés les mots : « prescrivent des vaccins ou » ;

1° bis (nouveau) À l'article L. 4424-1, après le mot : « Wallis-et-Futuna », sont insérés les mots : « dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;

2° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Cet arrêté peut autoriser, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription par les pharmaciens de certains vaccins. Il en fixe les conditions. »

**Article 7 *sexies* C  
(Supprimé)**

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

### Article 7 *sexies* (nouveau)

L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Par dérogation au I, le pharmacien peut, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, remplacer le médicament prescrit par un autre médicament conformément à la recommandation établie, après consultation des professionnels de santé et des associations d'usagers du système de santé agréées, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et publiée sur son site internet. L'agence informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de la publication de chaque recommandation.

« Lorsque le pharmacien procède au remplacement du médicament prescrit dans les conditions prévues au premier alinéa du présent V, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de ce remplacement. »

### Article 7 *septies* (nouveau)

~~Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré situé dans une zone définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 7 *sexies*

L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Par dérogation au I, le pharmacien peut, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, remplacer le médicament prescrit par un autre médicament conformément à la recommandation établie, après consultation des professionnels de santé, des entreprises pharmaceutiques exploitant les médicaments concernés et des associations d'usagers du système de santé agréées, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et publiée sur son site internet. L'agence informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de la publication de chaque recommandation.

« Lorsque le pharmacien procède au remplacement du médicament prescrit dans les conditions prévues au premier alinéa du présent V, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de ce remplacement. »

### Article 7 *septies* A (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 7° bis de l'article L. 162-9, il est inséré un 7° ter ainsi rédigé :

« 7° ter Les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux professionnels mentionnés au 1° du présent article interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »

2° Après le 7° de l'article L. 162-12-2, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis Les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux infirmiers interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »

3° Après le 7° de l'article L. 162-12-9, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis Les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux masseurs-kinésithérapeutes interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; ».

### Article 7 *septies* (Supprimé)

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

~~saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible puisse lui être proposé.»~~

### CHAPITRE II

#### Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

##### Article 8

I A (*nouveau*). – L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-3-1. – I. –* Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.

« II. – En prenant en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

« 1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;

« 2° Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ~~de ceux-ci~~ ;

« 3° Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.

« III. – Pour la réalisation, dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, des missions définies aux I et II, de façon obligatoire, les hôpitaux de

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### CHAPITRE II

#### Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

##### Article 8

I A. – L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-3-1. – I. –* Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.

« II. – En prenant en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité et les établissements publics de santé gérant des secteurs de psychiatrie :

« 1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;

« 2° Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;

« 3° Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ;

« 4° (*nouveau*) Contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et professionnels de la médecine ambulatoire.

« III. – Pour la réalisation, dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, des missions définies aux I et II, de façon obligatoire, les hôpitaux de

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

proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, ~~offrent~~ des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

« À titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné, un hôpital de proximité peut, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, pratiquer certains actes chirurgicaux. Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes ~~concernés~~ pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

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

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, en vue de renforcer et développer des établissements de santé de proximité qui assurent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° (*Supprimé*)

2° Déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente ;

3° Définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance aux acteurs du système de santé du territoire concerné ;

4° Déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique.

II. – Les ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, proposent, en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de télésanté et de biologie médicale et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

« À titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné, un hôpital de proximité peut, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, pratiquer certains actes chirurgicaux programmés. Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

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

I à III. – (*Non modifiés*)

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

publication de chaque ordonnance.

III (*nouveau*). – Le I A entre en vigueur à une date définie par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

**Article 9**

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, pour renforcer la prise en compte des exigences de qualité et de technicité des soins dans les conditions d'autorisation des différentes activités, pour organiser une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins selon une logique de gradation des soins, et pour étendre le champ des activités de soins soumises à autorisation, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Modifier le régime d'autorisation des activités de soins, des équipements matériels lourds, des alternatives à l'hospitalisation et de l'hospitalisation à domicile en vue notamment de favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation, de prévoir de nouveaux modes d'organisation des acteurs de santé et d'adapter ce régime aux particularités de certaines activités rares ou à haut risque ;

2° Adapter le régime des autorisations aux activités réalisées dans le cadre des dispositifs de coopération et de coordination des acteurs de santé ;

3° Simplifier les procédures et les conditions de délivrance des autorisations d'activités de soin ;

4° Modifier les dispositions applicables au service de santé des armées en cohérence avec le régime des autorisations issues des 1°, 2° et 3°.

II. – Les ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

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

**Article 9**  
(*Conforme*)

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

CHAPITRE III

**Renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration**

**Article 10**

I. – Le livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 6144-2, il est inséré un article L. 6144-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6144-2-1.* – Il ~~est~~ institué une commission médicale de groupement dans chaque groupement hospitalier de territoire. La commission médicale de groupement contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical partagé du groupement. Elle contribue notamment à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

« La commission médicale de groupement est composée ~~des~~ représentants des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Elle élit son président.

« Un décret détermine les conditions d'application du présent article, notamment la composition et les règles de fonctionnement des commissions médicales de groupement ainsi que les matières sur lesquelles elles sont consultées. » ;

2° Le ~~b~~ du 5° du II de l'article L. 6132-2 est ainsi modifié :

a) À la deuxième ~~phrase~~, après les mots : « directeurs d'établissement, », sont insérés les mots : « le président de la commission médicale du groupement, » ;

b) ~~(nouveau) Sont ajoutées~~ deux phrases ainsi rédigées : « Le directeur de l'établissement support est le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale de groupement en est le vice-président ; »

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

CHAPITRE III

**Renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration**

**Article 10**

I. – Le livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 6144-2, il est inséré un article L. 6144-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6144-2-1.* – Il peut être institué une commission médicale de groupement dans chaque groupement hospitalier de territoire, après accord des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement. La commission médicale de groupement contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical partagé du groupement. Elle contribue notamment à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

« La commission médicale de groupement est composée de représentants des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, parmi les membres des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement. Elle élit son président.

« Un décret détermine les conditions d'application du présent article, notamment la composition et les règles de fonctionnement des commissions médicales de groupement ainsi que les matières sur lesquelles elles sont consultées. » ;

2° Le 5° du II de l'article L. 6132-2 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase du b, après les mots : « directeurs d'établissement, », sont insérés les mots : « le président de la commission médicale du groupement, » ;

b) Le même b est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Le directeur de l'établissement support est le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale de groupement en est le vice-président ; »

c) (nouveau) Le d est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Il se prononce sur la stratégie du groupement hospitalier de territoire. Il donne notamment un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé ainsi que les conventions de partenariat et d'association entre le groupement hospitalier de territoire

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

3° Le I de l'article L. 6132-3 est complété par un 5° ainsi rédigé :

~~« 5° La gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement. »~~

II. – Après l'article L. 6132-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6132-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6132-5-1. – Les établissements parties à un même groupement hospitalier de territoire peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, à :

« 1° Mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État, par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du présent code ;

« 2° Élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques par dérogation aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 ;

« 3° Conclure avec l'agence régionale de santé, par dérogation à l'article L. 6114-1 et au 1° de l'article L. 6143-7, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements du groupement. »

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

et des établissements non parties au groupement. » :

3° Le premier alinéa du II de l'article L. 6132-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut également assurer pour le compte des établissements parties la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale de groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement. » :

4° (nouveau) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6144-1, après le mot : « contribue », sont insérés les mots : « à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement, et ».

II. – *(Non modifié)*



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

III. – A. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, en vue, d'une part, de tirer les conséquences des dispositions du I du présent article sur les établissements publics de santé et les groupements hospitaliers de territoire et de renforcer leur gouvernance médicale et, d'autre part, d'ouvrir une faculté aux établissements parties à un groupement hospitalier de territoire d'approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives, le Gouvernement est autorisé à prendre par ~~ordonnances~~ toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des commissions médicales d'établissement et des commissions médicales de groupement ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs ;

2° Étendre les compétences des commissions médicales d'établissements et de groupements ;

3° Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à un groupement hospitalier de territoire et des directeurs d'établissements support de groupement hospitalier de territoire ;

4° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent fusionner ou substituer leurs directoires et le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;

5° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent fusionner ou substituer leurs commissions médicales d'établissement et leur commission médicale de groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux *b* et *c* du 5° du II de l'article L. 6132-2 et aux articles L. 6143-7-5, L. 6144-1 et L. 6144-2 du ~~code de la santé publique~~ ;

6° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent fusionner ou substituer leurs comités techniques d'établissement, leurs comités techniques de groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public et la conférence territoriale de dialogue social du groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux articles L. 6144-3, L. 6144-3-1, L. 6144-3-2 et L. ~~6144-4~~ du ~~code de la santé publique~~ ;

7° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent fusionner ou substituer leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – A. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, en vue, d'une part, de tirer les conséquences des dispositions du I du présent article sur les établissements publics de santé et les groupements hospitaliers de territoire et de renforcer leur gouvernance médicale et, d'autre part, d'ouvrir une faculté aux établissements parties à un groupement hospitalier de territoire d'approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des commissions médicales d'établissement et des commissions médicales de groupement ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs ;

2° Étendre les compétences des commissions médicales d'établissements et de groupements ;

3° Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à un groupement hospitalier de territoire et des directeurs d'établissements support de groupement hospitalier de territoire ;

4° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs directoires et le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;

5° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs commissions médicales d'établissement et leur commission médicale de groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux *b* et *c* du 5° du II de l'article L. 6132-2 et aux articles L. 6143-7-5, L. 6144-1 et L. 6144-2 du même code ;

6° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs comités techniques d'établissement, leurs comités techniques de groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public et la conférence territoriale de dialogue social du groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux articles L. 6144-3, L. 6144-3-1, L. 6144-3-2 et L. 6144-4 dudit code ;

7° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et

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

médico-techniques et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement, par dérogation à l'article L. 6146-9 du ~~code de la santé publique~~ ;

8° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent fusionner ou substituer leurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail par dérogation aux articles L. 4611-1 et L. 4611-2 du code du travail, demeurés applicables en vertu du I de l'article 10 de l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales ;

9° Préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront des fusions ou substitutions prévues aux 4° à 8° ainsi que les conditions permettant de mettre fin à ces fusions et substitutions, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chacun des établissements du groupement et le respect du principe d'élection.

B. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance prévue au présent III dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

IV. – L'article L. 6132-7 du code de la santé publique est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les conditions de mise en œuvre des autorisations prévues à l'article L. 6132-5-1, ainsi que celles permettant d'y mettre fin en garantissant la continuité des activités et des parcours de soins. »

V. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

VI (*nouveau*). – Les mandats des présidents et des membres élus des commissions médicales d'établissement mentionnées à l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire sont prorogés jusqu'à la date d'institution des commissions médicales de groupement fixée par le décret prévu au V du présent article et, au plus tard, le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

médico-techniques et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement, par dérogation à l'article L. 6146-9 du même code ;

8° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail par dérogation aux articles L. 4611-1 et L. 4611-2 du code du travail, demeurés applicables en vertu du I de l'article 10 de l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales ;

9° Préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront des fusions ou substitutions prévues aux 4° à 8° du présent A ainsi que les conditions permettant de mettre fin à ces fusions et substitutions, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chacun des établissements du groupement et le respect du principe d'élection.

B. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance prévue au présent III dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

IV à VI. – (*Non modifiés*)

#### Article 10 bis AA (*nouveau*)

Le VII de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être associés au projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire auxquels ils ne sont pas parties. »

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

**Article 10 bis A (nouveau)**

Après le premier alinéa de l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré ~~systematiquement~~ au projet social défini par chaque établissement. »

**Article 10 bis (nouveau)**

Le III de l'article L. 6141-7-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements parties à la fusion conservent chacun une commission des usagers mentionnée à l'article L. 1112-3. »

**Article 10 ter (nouveau)**

~~Après le huitième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Le sénateur et le député dont la circonscription d'élection est le siège de l'établissement principal peuvent participer au conseil de surveillance avec voix consultative. »~~

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

**Article 10 bis A**

Après le premier alinéa de l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré au projet social défini par chaque établissement. »

**Article 10 bis  
(Conforme)**

**Article 10 ter  
(Supprimé)**

**Article 10 quater (nouveau)**

L'article L. 6143-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au seizième alinéa, les mots : « peut se faire » sont remplacés par les mots : « se fait » ;

2° Le même seizième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels nécessaires à l'accomplissement des missions du conseil. » ;

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications. »

**Article 10 quinquies (nouveau)**

Après le 8° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les orientations stratégiques et financières

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

**TITRE III  
DÉVELOPPER L'AMBITION NUMÉRIQUE EN  
SANTÉ**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Innover en valorisant les données cliniques**

**Article 11**

I. – L'article L. 1460-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « recueillies à titre obligatoire et » sont supprimés ;

b) À la même première phrase, après le mot : « territoriales », sont insérés les mots : « , aux professionnels de santé » ;

c) À ladite première phrase, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont supprimés ;

d) Au début de la deuxième phrase, les mots : « Les traitements réalisés à cette fin » sont remplacés par les mots : « Ces traitements » ;

e) Au début de la dernière phrase, les mots : « Sauf disposition législative contraire, » sont supprimés ;

2° Au second alinéa, les mots : « des recherches, des études ou des évaluations à des fins de santé publique » sont remplacés par les mots : « des traitements de données concernant la santé ».

II. – L'article L. 1461-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est complété par des 6° à 10° ainsi rédigés :

« 6° Les données destinées aux professionnels et organismes de santé recueillies à l'occasion des activités mentionnées au I de l'article L. 1111-8 du présent code donnant lieu à la prise en charge des frais de santé en matière de maladie ou de maternité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et à la prise en charge des prestations mentionnées à l'article L. 431-1

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

pluriannuelles et leurs modifications. »

**TITRE III  
DÉVELOPPER L'AMBITION NUMÉRIQUE EN  
SANTÉ**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Innover en valorisant les données cliniques**

**Article 11**

I A (nouveau). – Le premier alinéa du I de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces conditions ne s'appliquent pas dans le cas où l'hébergement des données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un transfert ou d'une convention conclue entre plusieurs personnes morales de droit public dont l'une assure la tutelle administrative et financière des autres. »

I. – *(Non modifié)*

II. – L'article L. 1461-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est complété par des 6° à 10° ainsi rédigés :

« 6° Les données destinées aux professionnels et organismes de santé recueillies à l'occasion des activités mentionnées au I de l'article L. 1111-8 du présent code donnant lieu à la prise en charge des frais de santé en matière de maladie ou de maternité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et à la prise en charge des prestations mentionnées à l'article L. 431-1

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

du même code en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;

« 7° (*nouveau*) Les données à caractère personnel des enquêtes dans le domaine de la santé, lorsque ces données sont appariées avec des données mentionnées aux 1° à ~~6° du présent I~~ ;

« 8° (*nouveau*) Les données recueillies lors des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ;

« 9° (*nouveau*) Les données recueillies par les services de protection maternelle et infantile dans le cadre de leurs missions définies à l'article L. 2111-1 du présent code ;

« 10° (*nouveau*) Les données de santé recueillies lors des visites d'information et de prévention, telles que définies à l'article L. 4624-1 du code du travail. » ;

2° Le premier alinéa du II est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – Le système national des données de santé est mis en œuvre dans le cadre d'orientations générales définies par l'État, en concertation avec les organismes responsables des systèmes d'information et des données mentionnés au I.

« Les responsables ou les catégories de responsables des traitements du système national des données de santé et leurs rôles respectifs sont définis par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les responsables de ces traitements sont nominativement désignés par arrêté. » ;

3° Au 4° du IV, ~~les mots : « du premier alinéa de l'article 36 » sont remplacés par les mots : « du 5° de l'article 4 ».~~

III. – L'article L. 1461-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont supprimés ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation » sont remplacés par les mots : « des traitements » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

du même code en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;

« 6° bis (*nouveau*) Les données relatives à la perte d'autonomie, évaluée à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, lorsque ces données sont appariées avec les données mentionnées aux 1° à 6° du présent I ;

« 7° Les données à caractère personnel des enquêtes dans le domaine de la santé, lorsque ces données sont appariées avec des données mentionnées aux 1° à 6° ;

« 8° Les données recueillies lors des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ;

« 9° Les données recueillies par les services de protection maternelle et infantile dans le cadre de leurs missions définies à l'article L. 2111-1 du présent code ;

« 10° Les données de santé recueillies lors des visites d'information et de prévention, telles que définies à l'article L. 4624-1 du code du travail. » ;

2° Le premier alinéa du II est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – Le système national des données de santé est mis en œuvre dans le cadre d'orientations générales définies par l'État, en concertation avec les organismes responsables des systèmes d'information et des données mentionnés au I du présent article.

« Les responsables ou les catégories de responsables des traitements du système national des données de santé et leurs rôles respectifs sont définis par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les responsables de ces traitements sont nominativement désignés par arrêté. » ;

3° Au 4° du IV, la référence : « 36 » est remplacée par la référence : « 78 ».

III. – L'article L. 1461-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont supprimés ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation » sont remplacés par les mots : « des traitements » ;

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

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont remplacés par les mots : « de données concernant la santé » et les mots : « la procédure définie au chapitre IX » sont remplacés par les mots : « les procédures définies à la section 3 du chapitre III du titre II » ;

b) Au a du 2°, les mots : « de la recherche » sont remplacés par les mots : « de la mise en œuvre du traitement » ;

c) Le b du 2° est ainsi modifié :

– les mots : « de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation » sont remplacés par les mots : « du traitement » ;

– après le mot : « méthode », sont insérés les mots : « et, pour les traitements mentionnés à la sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre II de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée ».

IV. – L'article L. 1461-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, la mention : « I. – » est supprimée ;

2° Les II et III sont abrogés.

V. – Au 1° de l'article L. 1461-5 du code de la santé publique, les mots : « recherches, les études ou les évaluations demandées » sont remplacés par les mots : « traitements de données concernant la santé demandés ».

VI. – L'article L. 1461-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début, les mots : « Pour les finalités de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont remplacés par les mots : « Pour les traitements mentionnés aux articles 65 et 72 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » ;

2° La référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 7° ».

VII. – L'article L. 1461-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 5° est abrogé ;

2° Au 6°, qui devient le 5°, la référence : « 57 » est remplacée par la référence : « 74 » ;

3° Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :

« 6° Définit les catégories de responsables des traitements du système national des données de santé et

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont remplacés par les mots : « de données concernant la santé » et les mots : « la procédure définie à la sous-section 2 de » sont remplacés par les mots : « les procédures définies à » ;

b) Au a du 2°, les mots : « de la recherche » sont remplacés par les mots : « de la mise en œuvre du traitement » ;

c) Le b du même 2° est ainsi modifié :

– les mots : « de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation » sont remplacés par les mots : « du traitement » ;

– après le mot : « méthode », sont insérés les mots : « et, pour les traitements mentionnés à la sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre II de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée ».

IV et V. – (*Non modifiés*)

VI. – L'article L. 1461-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début, les mots : « Pour les finalités de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont remplacés par les mots : « Pour les traitements mentionnés aux articles 65 et 72 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » ;

2° La référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 10° ».

VII. – L'article L. 1461-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° (*Supprimé*)

2° Le 6° devient le 5° ;

3° Le 6° est ainsi rétabli :

« 6° Définit les catégories de responsables des traitements du système national des données de santé et

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

les responsables de traitement et fixe leurs rôles respectifs ; »

4° Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

« 7° Précise les modalités d'application du 6° de l'article L. 1461-1. »

VIII. – Le chapitre II du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Plateforme des données de santé » ;

2° L'article L. 1462-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1462-1.* – Un groupement d'intérêt public, dénommé "Plateforme des données de santé", est constitué entre l'État, des organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé.

« Il est notamment chargé :

« 1° De réunir, organiser et mettre à disposition les données du système national des données de santé mentionné à l'article L. 1461-1 et de promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé ;

« 1° *bis (nouveau)* D'informer les patients, de promouvoir et de faciliter leurs droits, en particulier concernant les droits d'opposition dans le cadre du 1° du I de l'article L. 1461-3 ;

« 2° D'assurer le secrétariat unique mentionné à l'article 76 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

« 3° D'assurer le secrétariat du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé ;

« 4° De contribuer à l'élaboration, par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, de référentiels et de méthodologies de référence au sens du *b* du 2° du I de l'article 8 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée. Il facilite la mise à disposition de jeux de données de santé présentant un faible risque d'impact sur la vie privée, dans les conditions prévues au II de l'article 66 de la même loi ;

« 5° De procéder, pour le compte d'un tiers et à la demande de ce dernier, à des opérations nécessaires à la réalisation d'un traitement de données issues du système national des données de santé pour lequel ce tiers a obtenu une autorisation dans les conditions définies à l'article L. 1461-3 du présent code ;

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

les responsables de traitement et fixe leurs rôles respectifs ; »

4° Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

« 7° Précise les modalités d'application du 6° du I de l'article L. 1461-1. »

VIII à XIV. – (*Non modifiés*)

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

« 6° (*nouveau*) De contribuer à diffuser les normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation des données de santé, en tenant compte des standards européens et internationaux ;

« 7° (*nouveau*) D'accompagner, notamment financièrement, les porteurs de projets sélectionnés dans le cadre d'appels à projets lancés à son initiative et les producteurs de données associés aux projets retenus.

« Il publie chaque année un rapport transmis au Parlement. » ;

3° Il est ajouté un article L. 1462-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1462-2. – I. –* Le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1462-1 peut recruter des personnels dont les contrats relèvent du droit privé. Il peut également employer des agents titulaires des trois fonctions publiques en position de détachement ou de mise à disposition et employer ou recruter des agents non titulaires de droit public sous contrats à durée déterminée ou indéterminée.

« II. – Le groupement d'intérêt public est soumis en matière de gestion financière et comptable aux règles applicables aux entreprises industrielles et commerciales. Par dérogation à ces règles, il peut déposer des fonds au Trésor public. Il peut percevoir des recettes correspondant à des prestations facturées à des tiers en application du 5° de l'article L. 1462-1.

« Le groupement d'intérêt public n'est pas soumis à l'article 64 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008.

« Le groupement d'intérêt public est soumis au contrôle économique et financier de l'État dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État et adaptées à ses missions et conditions de fonctionnement. »

IX. – Le groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé », mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, devient le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé », mentionné au même article L. 1462-1 dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date d'approbation de la convention constitutive de celui-ci. À cette date, l'ensemble des biens, personnels, droits et obligations de l'Institut national des données de santé sont transférés de plein droit à la Plateforme des données de santé.

X. – Au 3° de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, les mots : « recherches, les études ou les évaluations dans le domaine de » sont remplacés par les mots : « traitements de données concernant ».

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



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

XI. – La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est ainsi modifiée :

1° Le dernier alinéa de l'article 30 est complété par les mots : « ou servant à constituer des bases de données à des fins ultérieures de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé » ;

1° *bis (nouveau)* L'article 65 est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les traitements mis en œuvre par l'État aux fins de conception, de suivi ou d'évaluation des politiques publiques dans le domaine de la santé ainsi que ceux réalisés aux fins de collecte, d'exploitation et de diffusion des statistiques dans ce domaine. » ;

2° L'article 66 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du II, les mots : « l'Institut national des données de santé mentionné » sont remplacés par les mots : « la Plateforme des données de santé mentionnée » ;

b) À la seconde phrase du premier alinéa du V, les mots : « l'Institut national des données de santé » sont remplacés par les mots : « le comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé » ;

3° Au début du second alinéa de l'article 72, les mots : « L'Institut national des données de santé mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « Le comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article 73, les mots : « l'Institut national des données de santé mentionné » sont remplacés par les mots : « la Plateforme des données de santé mentionnée » ;

5° L'article 76 est ainsi modifié :

a) Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé, pour les demandes d'autorisation relatives à des études ou à des évaluations ainsi qu'à des recherches n'impliquant pas la personne humaine, au sens du 1° du présent article.

« Ce comité est composé de manière à garantir son indépendance et la diversité des compétences dans le domaine des traitements concernant la santé et à l'égard des questions scientifiques, éthiques, sociales et juridiques. Il est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Il comporte, en son sein, des représentants d'associations de

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

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

malades ou d'usagers du système de santé agréées désignés au titre des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

« Les membres du comité, les personnes appelées à collaborer à ses travaux et les agents relevant du statut général des fonctionnaires ou du statut général des militaires qui en sont dépositaires sont tenus, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal, de garder secrètes les informations dont ils peuvent avoir connaissance à raison de leurs fonctions et qui sont relatives à la nature des recherches, études ou évaluations, aux personnes qui les organisent ou aux produits, objets ou méthodes faisant l'objet de la recherche.

« Ne peuvent valablement participer à une délibération les personnes qui ne sont pas indépendantes du promoteur et de l'investigateur de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation examinée.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe la composition du comité éthique et scientifique et définit ses règles de fonctionnement. Les membres du comité sont soumis à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « l'Institut national » sont remplacés par les mots : « la Plateforme » ;

6° L'article 77 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « de la Caisse nationale d'assurance maladie, responsable du traitement » sont remplacés par les mots : « des responsables des traitements » et les mots : « l'Institut national » sont remplacés par les mots : « la Plateforme » ;

b) Au sixième alinéa, les mots : « le responsable du traitement mentionné » sont remplacés par les mots : « les responsables des traitements mentionnés » ;

c) Au neuvième alinéa, les mots : « le responsable du traitement mentionné » sont remplacés par les mots : « les responsables des traitements mentionnés » ;

d) À la première phrase du dixième alinéa, les mots : « le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie peut » sont remplacés par les mots : « les responsables des traitements mentionnés au II de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique peuvent » et les mots : « s'il dispose » sont remplacés par les mots : « s'ils disposent » et, au début de la deuxième phrase du même dixième alinéa, les mots : « Il doit » sont remplacés par les mots : « Ils doivent ».

XII. – Le présent article entre en vigueur, sous réserve des dispositions du XIII, le lendemain de la date d'entrée en vigueur des dispositions de l'ordonnance

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

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

n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel.

XIII. – Le *a* du 2°, le 4°, le *b* du 5° et le *a* du 6° du XI entrent en vigueur à la date d'approbation de la convention constitutive de la Plateforme des données de santé, et au plus tard le 31 décembre 2019.

XIV (*nouveau*). – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2019, un rapport sur le groupement mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi. Le rapport s'attache à déterminer dans quelle mesure la structure et la gouvernance de ce groupement sont de nature à garantir aux utilisateurs d'exploiter les données de santé de manière plus efficace.

**Article 11 bis A (*nouveau*)**

L'article L. 1413-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

~~« Les droits sur les bases de données anonymisées qui sont constituées par les personnes, structures ou centres mentionnés aux 1° et 2° du présent article à la demande et selon les modalités, notamment financières, définies par l'agence pour lui permettre d'exercer ses missions sont exercés par l'État.~~

~~« Les ressources mentionnées au 3° de l'article L. 1413-8 recueillies ou collectées dans les mêmes conditions sont la propriété de l'État. »~~

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

**Article 11 bis AA (*nouveau*)**

À titre expérimental et pour une durée de trois ans, le ministre chargé de la santé peut instituer des zones d'expérimentation, à l'échelle d'un établissement de santé public participant au service public hospitalier ou d'un réseau de santé, afin de développer le recours à l'intelligence artificielle en matière de santé.

Les conditions de mise en œuvre du premier alinéa sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.

Au cours de la troisième année de l'expérimentation, le ministre chargé de la santé présente au Parlement un rapport d'évaluation des expérimentations menées au titre du présent article.

**Article 11 bis A**

I. – (*Non modifié*)

II (*nouveau*). – Au premier alinéa de l'article L. 1524-2 du code de la santé publique, la référence : « l'ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 » est remplacée par la référence : « la

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

**Article 11 bis (nouveau)**

I. – L'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants, est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° À l'exercice de leurs missions par les organismes chargés de la gestion d'un régime de base d'assurance maladie ; »

2° Les 2° et 3° sont abrogés.

II. – Au 3° de l'article 65 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel, les mots : « aux fins d'assurer le service des prestations ou le contrôle » sont remplacés par les mots : « pour l'exercice de leurs missions ».

CHAPITRE II

**Doter chaque usager d'un espace numérique de santé**

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

loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ».

**Article 11 bis  
(Conforme)**

CHAPITRE II

**Doter chaque usager d'un espace numérique de santé**

**Article 12 A (nouveau)**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1110-4-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-4-1. – Afin de garantir l'échange, le partage, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel, doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, pour le traitement de ces données, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique :

« 1° Les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou

les activités sont régies par le présent code :

« 2° Les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles :

« 3° Les systèmes d'information ou services ou outils numériques mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie, ayant pour finalité principale de contribuer directement à la prévention ou au suivi du parcours de soins des patients.

« Ces référentiels sont élaborés en concertation avec les représentants des professions de santé, d'associations d'usagers du système de santé agréées, des établissements de santé, des établissements et services des secteurs médico-social et social et des opérateurs publics et privés du développement et de l'édition des systèmes d'information et services et outils numériques en santé. Ils sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé.

*(Alinéa supprimé)*

« Les référentiels d'interopérabilité mentionnés au premier alinéa du présent article s'appuient sur des standards ouverts en vue de faciliter l'extraction, le partage et le traitement des données de santé dans le cadre de la coordination des parcours de soins, de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé ou à des fins de recherche clinique, chaque fois que le recours à ces standards est jugé pertinent et possible par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. » :

*(Alinéa supprimé)*

2° Après le même article L. 1110-4-1, il est inséré un article L. 1110-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-4-2. – I. – La conformité d'un système d'information ou service ou outil numérique en santé aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 est attestée dans le cadre d'une procédure d'évaluation et de certification définie par décret en Conseil d'État.

« II. – Est conditionnée à des engagements de mise en conformité aux référentiels d'interopérabilité dans les conditions prévues au I l'attribution de fonds publics dédiés au financement d'opérations de conception, d'acquisition ou de renouvellement de systèmes d'information ou de services ou outils numériques en santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 1110-4-1.

« III. – Les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 1435-3 du code de la santé

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

**Article 12**

I. – La section 3 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Au début de l'intitulé, sont ajoutés les mots : « Espace numérique de santé, » ;

2° Au début, il est rétabli un article L. 1111-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13. – Afin de promouvoir le rôle de chaque personne, tout au long de sa vie, dans la protection et l'amélioration de sa santé, un espace numérique de santé est mis à sa disposition, dans un domaine sécurisé, lui permettant de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, favorisant ainsi la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1. » ;

3° Après le même article L. 1111-13, sont insérés des articles L. 1111-13-1 et L. 1111-13-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 1111-13-1. – I. – ~~Toute personne, ou son représentant légal, ouvre à son initiative son espace numérique de santé après avoir été dûment informée des conditions de fonctionnement~~ de l'espace numérique de santé ~~et~~ de ses responsabilités en tant que gestionnaire de ses données de santé dans un espace numérique.

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

publique et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins mentionnés à l'article L. 1435-4 du même code comprennent des engagements relatifs à l'acquisition ou à l'utilisation de systèmes d'information ou services ou outils numériques en santé dont la conformité aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 dudit code est attestée dans les conditions prévues au I du présent article.

« IV. – Des modalités complémentaires d'incitation à la mise en conformité des systèmes d'information et services ou outils numériques en santé aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 peuvent être prévues par décret en Conseil d'État.

« V. – Les II et III du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2023. »

*(Alinéa supprimé)*

*(Alinéa supprimé)*

*(Alinéa supprimé)*

**Article 12**

I. – La section 3 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Au début de l'intitulé, sont ajoutés les mots : « Espace numérique de santé, » ;

2° Au début, il est rétabli un article L. 1111-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13. – Afin de promouvoir le rôle de chaque personne, tout au long de sa vie, dans la protection et l'amélioration de sa santé, un espace numérique de santé est mis à sa disposition, dans un domaine sécurisé, lui permettant de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, favorisant ainsi la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1. » ;

3° Après le même article L. 1111-13, sont insérés des articles L. 1111-13-1 et L. 1111-13-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 1111-13-1. – I. – L'espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. La personne ou son représentant légal est informée de l'ouverture de l'espace numérique de santé, des conditions de fonctionnement de cet espace, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de données de santé dans un espace numérique et des modalités de sa clôture en application du 3° du IV. La

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

~~« Par dérogation au premier alinéa du présent I, l'espace numérique de santé est ouvert automatiquement lors de l'attribution du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pour toute personne née à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, sauf opposition de son représentant légal. Son représentant légal est informé de l'ouverture de l'espace numérique de santé, des conditions de fonctionnement de cet espace, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de données de santé dans un espace numérique ainsi que des modalités de sa clôture en application du 3<sup>o</sup> du IV. Le consentement de la personne au maintien de l'ouverture de son espace numérique de santé lui est demandé le jour de sa majorité.~~

« Chaque titulaire dispose gratuitement de son espace numérique de santé.

« Pour chaque titulaire, l'identifiant de son espace numérique de santé est l'identifiant national de santé mentionné à l'article L. 1111-8-1.

« II. – L'espace numérique de santé est accessible en ligne par son titulaire, ou le représentant légal de celui-ci, dûment identifié et authentifié. Il permet au titulaire d'accéder à :

« 1<sup>o</sup> Ses données administratives ;

« 2<sup>o</sup> Son dossier médical partagé ;

« 3<sup>o</sup> Ses constantes de santé éventuellement produites par des applications ou des objets connectés référencés en application du III ;

« 4<sup>o</sup> L'ensemble des données relatives au remboursement de ses dépenses de santé ;

« 5<sup>o</sup> Des outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé, dont une messagerie de santé sécurisée permettant à son titulaire d'échanger avec les professionnels et établissements de santé, et des outils permettant d'accéder à des services de télésanté ;

« 6<sup>o</sup> Tout service numérique, notamment des services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours, les services de retour à domicile, les

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

personne concernée ou son représentant légal est également informée des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture de l'espace numérique de santé.

« Chaque titulaire dispose gratuitement de son espace numérique de santé.

« Pour chaque titulaire, l'identifiant de son espace numérique de santé est l'identifiant national de santé mentionné à l'article L. 1111-8-1 lorsqu'il dispose d'un tel identifiant. Pour le bénéficiaire de l'aide médicale de l'État mentionnée à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, l'identifiant de son espace numérique de santé est créé selon des modalités précisées par le décret en Conseil d'État mentionné au V du présent article.

« II. – L'espace numérique de santé est accessible en ligne par son titulaire, ou le représentant légal de celui-ci, dûment identifié et authentifié. Il permet au titulaire d'accéder à :

« 1<sup>o</sup> Ses données administratives ;

« 2<sup>o</sup> Son dossier médical partagé ;

« 3<sup>o</sup> Ses constantes de santé éventuellement produites par des applications ou des objets connectés référencés en application du III ou toute autre donnée de santé utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ;

« 4<sup>o</sup> L'ensemble des données relatives au remboursement de ses dépenses de santé ;

« 5<sup>o</sup> Des outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé, dont une messagerie de santé sécurisée permettant à son titulaire d'échanger avec les professionnels et établissements de santé, un répertoire des associations d'usagers du système de santé agréées et des outils permettant d'accéder à des services de télésanté ;

« 6<sup>o</sup> Tout service numérique, notamment des services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours, les services de retour à domicile, les

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

services procurant une aide à l'orientation et à l'évaluation de la qualité des soins, les services visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur les droits auxquels ils peuvent prétendre et toute application numérique de santé référencés en application du ~~III~~.

« III. – Pour être référencés et intégrables dans l'espace numérique de santé, les services et outils numériques mentionnés aux 2° à 6° du ~~II~~, qu'ils soient développés par des acteurs publics ou privés, ~~sont interopérables avec l'espace numérique de santé et possèdent un niveau de sécurité élevé pour protéger les données de santé à caractère personnel qu'ils manipulent.~~ Ils respectent les référentiels d'interopérabilité et de sécurité ~~mentionnés~~ par le groupement mentionné à l'article L. 1111-24, les référentiels d'engagement éthique et les labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé mentionnés à l'article L. 1111-13-2.

« IV. – Le titulaire ou son représentant légal est le seul gestionnaire et utilisateur. Il peut décider que son espace ne contient pas un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du ~~II~~ ou n'y donne pas accès.

« À tout moment, il peut décider :

« 1° De proposer un accès temporaire ou permanent à tout ou partie de son espace numérique de santé à un établissement de santé, à un professionnel de santé ou aux membres d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 ou de mettre fin à un tel accès ;

« 2° D'extraire des données de l'espace numérique de santé en application des dispositions relatives au droit d'accès et à la portabilité des données prévues par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

« 3° De clôturer son espace numérique de santé ou un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du ~~II~~. Le

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

services procurant une aide à l'orientation et à l'évaluation de la qualité des soins, les services visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur les droits auxquels ils peuvent prétendre et toute application numérique de santé référencés en application du même III :

« 7° (nouveau) Le cas échéant, les données relatives à l'accueil et l'accompagnement assurés par les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« III. – Pour être référencés et intégrables dans l'espace numérique de santé, les services et outils numériques mentionnés aux 2° à 6° du II du présent article, qu'ils soient développés par des acteurs publics ou privés, respectent les référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement mentionné à l'article L. 1111-24, les référentiels d'engagement éthique et les labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé mentionnés à l'article L. 1111-13-2. Ces référentiels, labels et normes tiennent compte de la mise en œuvre par les services et outils numériques de mesures en faveur des personnes rencontrant des difficultés dans l'accès à internet et l'utilisation des outils informatiques et numériques.

« Les services et outils numériques référencés ne peuvent accéder aux données de l'espace numérique de santé du titulaire qu'avec l'accord exprès de celui-ci, dûment informé des finalités et des modalités de cet accès lors de l'installation de ces services et outils et qu'à des fins de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour une durée de conservation strictement proportionnée à ces finalités.

« IV. – Le titulaire ou son représentant légal est le seul gestionnaire et utilisateur. Il peut décider que son espace ne contient pas un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du II du présent article ou n'y donne pas accès.

« À tout moment, il peut décider :

« 1° De proposer un accès temporaire ou permanent à tout ou partie de son espace numérique de santé à un établissement de santé, à un professionnel de santé ou aux membres d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 ou de mettre fin à un tel accès ;

« 2° D'extraire des données de l'espace numérique de santé en application des dispositions relatives au droit d'accès et à la portabilité des données prévues par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

« 3° De clôturer son espace numérique de santé ou un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du II du



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

décès du titulaire entraîne la clôture de son espace numérique de santé.

« À compter de sa clôture, faute de demande expresse de destruction du contenu de son espace numérique de santé par son titulaire ou son représentant légal, le contenu de son espace numérique de santé est archivé pendant dix ans, période pendant laquelle il reste accessible à son titulaire, son représentant légal, ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans les conditions et limites prévues au V de l'article L. 1110-4.

« La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé.

« V. – Les conditions et les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« ~~Art. L. 1111-13-2. – L'État et une ou plusieurs autorités publiques ou personnes publiques désignées par décret assurent la conception, la mise en œuvre, l'administration, l'hébergement et la gouvernance de l'espace numérique de santé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les autorités publiques susmentionnées doivent tenir compte de l'inégal accès au réseau et à internet dans la conception et la mise en œuvre de l'espace numérique de santé.~~

« Ce décret précise notamment le cadre applicable à la définition des référentiels d'engagement éthique et aux labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé ainsi qu'au référencement des services et outils pouvant être mis à disposition dans l'espace numérique de santé en application des critères mentionnés au III de l'article L. 1111-13-1. »

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par le décret en Conseil d'État prévu au V de l'article L. 1111-13-1 du code de la santé publique, et au

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

présent article. Le décès du titulaire entraîne la clôture de son espace numérique de santé.

« À compter de sa clôture, faute de demande expresse de destruction du contenu de son espace numérique de santé par son titulaire ou son représentant légal, le contenu de son espace numérique de santé est archivé pendant dix ans, période pendant laquelle il reste accessible à son titulaire, son représentant légal, ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans les conditions et limites prévues au V de l'article L. 1110-4.

« La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et lors de la conclusion ou de l'application de tout autre contrat, à l'exception des contrats relatifs aux services et outils numériques référencés en application du III du présent article.

« Une personne mineure peut s'opposer à la saisie dans son espace numérique de santé, dans un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du II du présent article ou dans son dossier pharmaceutique de toute donnée relative aux prises en charge réalisées dans les conditions prévues aux articles L. 1111-5, L. 1111-5-1, L. 2212-7 et L. 6211-3-1, ou relative au remboursement desdites prises en charge et des produits de santé prescrits ou administrés.

« V. – Les conditions et les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« ~~Art. L. 1111-13-2. – L'État et une ou plusieurs autorités publiques ou personnes publiques désignées par décret assurent la conception, la mise en œuvre, l'administration, l'hébergement et la gouvernance de l'espace numérique de santé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. La conception et la mise en œuvre de l'espace numérique de santé tiennent compte des difficultés d'accès à internet et aux outils informatiques et dans l'usage de ces outils rencontrées par certaines catégories de personnes, en proscrivant toute discrimination fondée sur la localisation géographique, les ressources ou le handicap.~~

« Ce décret précise notamment le cadre applicable à la définition des référentiels d'engagement éthique et aux labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé ainsi qu'au référencement des services et outils pouvant être mis à disposition dans l'espace numérique de santé en application des critères mentionnés au III de l'article L. 1111-13-1. »

II. – (*Non modifié*)

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

plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**Article 12 bis (nouveau)**

Au premier alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après la référence : « L. 4211-1 », sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux implantables ».

**Article 12 ter A (nouveau)**

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2 du code de la sécurité sociale, la référence : « et L. 165-1 » est remplacée par les références : « , L. 165-1 et L. 165-11 ».

**Article 12 ter (nouveau)**

Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'identification et à l'authentification des usagers du système de santé, des personnes physiques ou morales en charge d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social et des personnes exerçant sous leur autorité, en vue de diversifier, notamment de dématérialiser, les moyens techniques de leur identification et de leur authentification et de les adapter aux différentes situations d'usage dans les systèmes d'information de santé et d'assurance maladie et leurs services dématérialisés, afin d'accompagner le développement des usages numériques en santé et la mobilité des professionnels de santé.

Les ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

**Article 12 quater (nouveau)**

~~Après le troisième alinéa de l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

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

**Article 12 bis**  
(Conforme)

**Article 12 ter AA (nouveau)**

Au troisième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après le mot : « invalides », sont insérés les mots : « ou le pharmacien biologiste médical » et le mot : « , peut » est remplacé par le mot : « peuvent ».

**Article 12 ter A**  
(Conforme)

**Article 12 ter**

Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'identification et à l'authentification des usagers du système de santé, y compris pour les personnes n'ayant pas d'identifiant national de santé, des personnes physiques ou morales en charge d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social et des personnes exerçant sous leur autorité, en vue de diversifier, notamment de dématérialiser, les moyens techniques de leur identification et de leur authentification et de les adapter aux différentes situations d'usage dans les systèmes d'information de santé et d'assurance maladie et leurs services dématérialisés, afin d'accompagner le développement des usages numériques en santé et la mobilité des professionnels de santé.

Les ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

**Article 12 quater**

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

1° L'article L. 1111-14 est ainsi modifié :

a) (nouveau) Au premier alinéa, les mots : « peuvent disposer » sont remplacés par le mot :

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

~~« Par dérogation au troisième alinéa du présent article, le dossier médical partagé est ouvert automatiquement lors de l'attribution du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pour toute personne née à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, sauf opposition de son représentant légal. Le représentant légal est informé de l'ouverture, des conditions de fonctionnement et des modalités de clôture de ce dossier. Le consentement de la personne au maintien de l'ouverture de son dossier médical partagé lui est demandé le jour de sa majorité. »~~

### Article 12 quinquies (nouveau)

I. – La section 3 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1111-15, après le mot : « consultation », sont insérés les mots : « , à l'exception de ceux réalisés dans le cadre de la médecine du travail » ;

2° Le troisième alinéa de l'article L. 1111-18 est ainsi rédigé :

« Dans le cadre de la médecine du travail, le dossier médical partagé est accessible uniquement pour y déposer des documents. »

II. – L'article L. 4624-8 du code du travail est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « intégré au dossier médical partagé » ;

2° La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Ce dossier est accessible aux professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-16 et L. 1111-17 du code de la santé publique- » ;

3° À la dernière phrase, les mots : « du code de la

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

« disposent » :

b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Le dossier médical partagé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. La personne ou son représentant légal est informée de l'ouverture de ce dossier, des conditions de son fonctionnement et des modalités de sa clôture. La personne concernée ou son représentant légal est également informée des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture du dossier médical partagé. » :

2° (nouveau) Au second alinéa de l'article L. 1111-21, les mots : « recueil du consentement » sont remplacés par les mots : « l'information des titulaires sur l'ouverture de leur dossier et sur les modalités d'exercice de leur droit d'opposition à cette ouverture et de leur droit de clôturer à tout moment leur dossier ».

II (nouveau). – Le I entre en vigueur à une date fixée par voie réglementaire et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2021.

### Article 12 quinquies

I. – (Non modifié)

II. – L'article L. 4624-8 du code du travail est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « intégré au dossier médical partagé » ;

2° La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Ce dossier est accessible aux professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-16 et L. 1111-17 du code de la santé publique ainsi qu'aux professionnels de santé habilités des établissements de santé, sauf opposition de l'intéressé. » ;

3° À la dernière phrase, les mots : « du code de la

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

santé publique » sont remplacés par les mots : « du même code ».

III. – Les I et II entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2021.

CHAPITRE III

**Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins**

**Article 13**

I. – Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'intitulé, le mot : « télémédecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

2° À l'intitulé du titre I<sup>er</sup>, le mot : « télémédecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

3° L'intitulé du chapitre VI du même titre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « Télésanté » ;

4° Au début du même chapitre VI, est insérée une section 1 intitulée : « Télémédecine » et comprenant l'article L. 6316-1 ;

4° *bis* (nouveau) Après le mot : « rapport », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1 est ainsi rédigée : « un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient, et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » ;

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

santé publique » sont remplacés par les mots : « du même code ».

III. – (*Non modifié*)

**Article 12 *sexies* (nouveau)**

L'article L. 1111-22 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« Art. L. 1111-22. – La collecte, l'échange ou le partage des données de santé à caractère personnel nécessaires à la prise en charge du patient à l'occasion de soins délivrés lors de sa présence sur le territoire d'un autre État membre de l'Union européenne peuvent être réalisés au moyen du dossier médical partagé rendu accessible aux professionnels intervenant dans le cadre de ces soins, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les modalités d'échange de données de santé à caractère personnel nécessaires à la prise en charge transfrontalière et les exigences d'identification et d'authentification des professionnels habilités et de consentement du patient. Un arrêté du ministre chargé de la santé établit la liste des États remplissant les conditions prévues par ce décret. »

CHAPITRE III

**Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins**

**Article 13**

I. – Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'intitulé, le mot : « télémédecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

2° À l'intitulé du titre I<sup>er</sup>, le mot : « télémédecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

3° L'intitulé du chapitre VI du même titre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « Télésanté » ;

4° Au début du même chapitre VI, est insérée une section 1 intitulée : « Télémédecine » et comprenant l'article L. 6316-1 ;

4° *bis* Après le mot : « rapport », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1 est ainsi rédigée : « un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » ;

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

5° Le chapitre VI est complété par une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« *Télésoin*

« Art. L. 6316-2. – Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code.

« Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis porte notamment sur les conditions de réalisation du télésoin permettant de garantir leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant.

« Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 est complété par trois phrases ainsi rédigées : « La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ; »

2° La sous-section 3 de la section 3.1 est complétée par un article L. 162-15-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-15-5. – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixées par décret en Conseil d'État ~~en tenant compte notamment des déficiences de l'offre de soins.~~ » ;

3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) Après le 14°, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du ~~code de la santé publique~~. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien

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

5° Le chapitre VI est complété par une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« *Télésoin*

« Art. L. 6316-2. – Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code.

« Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis porte notamment sur les conditions de réalisation du télésoin permettant de garantir leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant.

« Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 est complété par trois phrases ainsi rédigées : « La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ; »

2° La sous-section 3 de la section 3.1 est complétée par un article L. 162-15-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-15-5. – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 1° du I de l'article L. 162-14-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) Après le 14°, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et

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

et un patient et sont effectuées par vidéo transmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin ou bilan de médication par un pharmacien ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin. » ;

b) Au vingt et unième alinéa et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « au 13° » est remplacée par les références : « aux 13° à 15° » ;

4° Après l'article L. 162-16-1-2, il est inséré un article L. 162-16-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-1-3.* – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 15° de l'article L. 162-16-1 sont fixées par décret en Conseil d'État ~~en tenant compte notamment des déficiences de l'offre de soins.~~ »

#### Article 13 bis (nouveau)

À la fin du dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « , en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont supprimés.

#### Article 14

I. – L'article 34 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à la prescription et à la dispensation de soins, produits ou prestations, notamment ceux ayant

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

un patient et sont effectuées par vidéo transmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin ou bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique, par un pharmacien ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin. » ;

b) Au vingt et unième alinéa et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « au 13° » est remplacée par les références : « aux 13° à 15° » ;

4° Après l'article L. 162-16-1-2, il est inséré un article L. 162-16-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-1-3.* – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 15° de l'article L. 162-16-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »

#### Article 13 bis A (nouveau)

L'article L. 1110-13 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La médiation numérique est la mise en capacité de comprendre et de maîtriser les technologies numériques, leurs enjeux et leurs usages. Elle procède par un accompagnement qualifié et de proximité des individus et des groupes dans des situations de formation tout au long de la vie facilitant à la fois l'appropriation des techniques d'usage des outils numériques et la dissémination des connaissances ainsi acquises. » ;

2° Aux première et deuxième phrases du deuxième alinéa, après le mot : « sanitaire », il est inséré le mot : « numérique ».

#### Article 13 bis (Conforme)

#### Article 14

I et II. – (Non modifiés)

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

vocation à être pris en charge par l'assurance maladie, ainsi qu'aux règles régissant les conditions de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation, tout en assurant la sécurité et l'intégrité des données, en vue de généraliser par étapes la prescription électronique.

Les ordonnances sont prises dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

III (*nouveau*). – La section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 161-35 est ainsi modifié :

a) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie. » ;

b) Au II, les mots : « de l'obligation de transmission électronique par les professionnels et centres de santé » sont remplacés par les mots : « des obligations définies au I du présent article » ;

2° À l'article L. 161-35-1, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « I » et la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 2° ».

IV (*nouveau*). – Le second alinéa du I de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, entre en vigueur à des dates fixées, selon les prescripteurs, par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code, et au plus tard le 31 décembre 2021. Ces dernières définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer. Si la convention n'a pas fixé un tel calendrier avant le 30 juin 2019, un arrêté des ministres chargés de la

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

II bis (*nouveau*). – Après la remise au Parlement au plus tard le 31 décembre 2019, d'un rapport détaillant les enjeux et les modalités d'une évaluation des logiciels destinés à fournir des informations utilisées à des fins diagnostiques et d'aide aux choix thérapeutiques, le Gouvernement est autorisé, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'évaluation de ces logiciels.

L'ordonnance est prise dans un délai de six mois à compter de la remise au Parlement du rapport mentionné au premier alinéa du présent II bis. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

III. – (*Non modifié*)

IV. – Le second alinéa du I de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, entre en vigueur à des dates fixées, selon les prescripteurs, par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code, et au plus tard le 31 décembre 2021. Ces dernières définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer. Si les conventions n'ont pas fixé un tel calendrier dans les six mois suivant la publication de la présente loi, un arrêté

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

santé et de la sécurité sociale y procède dans un délai de deux mois.

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

des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale y procède dans un délai de deux mois.

**Article 14 bis (nouveau)**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le III de l'article L. 161-38, il est inséré un III bis ainsi rédigé :

« III bis. – La Haute Autorité de santé élabore les règles de bonne pratique relatives à l'utilisation des technologies d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique et des technologies prédictives dans le domaine médical afin de garantir la conformité de ces technologies à des exigences minimales en termes de sécurité, de pertinence et d'efficacité des pratiques médicales associées.

« La conformité aux règles de bonne pratique mentionnées au premier alinéa du présent III bis d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical, autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, peut faire l'objet d'une certification, à la demande de son fabricant ou de son exploitant, par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre État membre de l'Union européenne, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé. » :

2° Après le 21° de l'article L. 162-5, il est inséré un 21° bis ainsi rédigé :

« 21° bis Le cas échéant, les modalités d'attribution et de versement d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical, autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, certifiée suivant la procédure prévue au III bis de l'article L. 161-38 ; ».

**TITRE IV  
MESURES DIVERSES**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Dispositions de simplification**

**Article 15**

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

1° La section 5 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie est abrogée ;

1° bis (nouveau) Au 3° du I de l'article L. 1441-6,

**TITRE IV  
MESURES DIVERSES**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Dispositions de simplification**

**Article 15**

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

1° La section 5 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie est abrogée ;

1° bis Au 3° du I de l'article L. 1441-6, les mots :



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

les mots : « Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, » sont supprimés ;

2° Le III du même article L. 1441-6 ~~et le 4° de l'article L. 1443-6~~ sont abrogés ;

3° À l'article L. 5125-10, les mots : « du conseil supérieur de la pharmacie et » sont supprimés ;

4° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 6143-7 est supprimée ;

5° L'article L. 6152-1-1 est abrogé ;

6° À la fin de l'article L. 6152-6, la référence : « et de l'article L. 6152-1-1 » est supprimée.

II. – Le III de l'article 2 de la loi n° 2017-220 du 23 février 2017 ratifiant l'ordonnance n° 2016-966 du 15 juillet 2016 portant simplification de procédures mises en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et comportant diverses dispositions relatives aux produits de santé est abrogé.

**Article 16**

I. – Le VII de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi rédigé :

« VII. – Les établissements publics de santé, par dérogation à l'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques, établissent des états comptables dont le périmètre et les modalités de production sont fixés par décret en Conseil d'État. Ces états comptables sont établis à compter de l'exercice 2022. »

II. – Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, les établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique s'assurent de la mise en conformité avec l'article L. 6161-9 du même code des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux qui, à la date de publication de la présente loi, pratiquent des honoraires ne correspondant pas aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, minorés d'une redevance. Ces établissements sont réputés bénéficiaire pour les contrats concernés, pendant ce délai, de l'admission à recourir à des professionnels médicaux libéraux prévue à l'article L. 6161-9 du code de la santé publique.

Lorsqu'un praticien refuse la mise en conformité, l'admission à recourir à des professionnels médicaux libéraux prévue au même article L. 6161-9 est retirée, pour le contrat concerné, par le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant avec effet différé au

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

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, » sont supprimés ;

2° Le III du même article L. 1441-6 est abrogé ;

3° À l'article L. 5125-10, les mots : « du conseil supérieur de la pharmacie et » sont supprimés ;

4° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 6143-7 est supprimée ;

5° L'article L. 6152-1-1 est abrogé ;

6° À la fin de l'article L. 6152-6, la référence : « et de l'article L. 6152-1-1 » est supprimée.

II. – *(Non modifié)*

**Article 16**  
*(Conforme)*

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

terme d'une période transitoire qui ne peut excéder deux ans à compter de la décision de retrait. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé intervient au terme d'une procédure contradictoire avec le praticien concerné et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire.

### Article 17

~~La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :~~

1° L'article L. 2212-10 est ~~ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 2212-10. Le service statistique du ministère chargé de la santé publie chaque année des données statistiques relatives à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en France. » ;~~

1° *bis (nouveau)* À la fin du dernier alinéa de l'article L. 2214-3, les mots : « statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 2212-10 » sont remplacés par les mots : « données relatives à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en France » ;

2° L'article L. 2422-1 est ~~complété par un III ainsi rédigé :~~

~~« III. L'article L. 2212-10 est applicable à Wallis et Futuna dans sa rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. » ;~~

3° Le 3° de l'article L. 2422-2 est abrogé.

### Article 17 bis (nouveau)

~~Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de l'accompagnement au cours de la grossesse et notamment sur les modalités de systématisation de l'entretien prénatal prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique.~~

### Article 17 ter (nouveau)

Au troisième alinéa du II de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, après la seconde occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou, le cas échéant, par la sage-femme ».

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 17

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 2212-10 est abrogé ;

1° *bis* À la fin du dernier alinéa de l'article L. 2214-3, les mots : « statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 2212-10 » sont remplacés par les mots : « données relatives à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en France » ;

2° (*Supprimé*)

3° Le 3° de l'article L. 2422-2 est abrogé ;

4° (nouveau) Au 4° de l'article L. 6323-1-1, la référence : « L. 2212-10 » est remplacée par la référence : « L. 2212-9 ».

### Article 17 bis (Supprimé)

### Article 17 ter (Conforme)

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

**Article 18**

I. – Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° ~~Le III de l'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :~~

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les projets de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1, sous réserve que, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ; »

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

**Article 18**

I. – Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 313-1-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-1-1. – I. – Sont soumis à autorisation des autorités compétentes en application de l'article L. 313-3, les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, les projets de lieux de vie et d'accueil, ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code.

« Lorsque les projets font appel, partiellement ou intégralement, à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue au deuxième alinéa du présent I s'applique.

« Les conditions d'application du présent I sont définies par décret en Conseil d'État.

« II. – Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I :

**(Alinéa supprimé ?)**

« 1° Les projets d'extension inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 2° Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux par les gestionnaires détenteurs des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles entraînent des extensions de capacités inférieures au seuil prévu au 1° du

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

~~b) À la fin du 2°, les mots : « , sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret » sont supprimés ;~~

1° bis  
et 1° ter (nouveaux)(Supprimés) (nouveau)(Supprimé)

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

présent II :

« 3° Les projets de transformation d'établissements ou de services ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1 ;

« 4° Les projets de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et sous réserve que, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;

« 5° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

« 6° Les projets de création et d'extension des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1 ;

« 7° Les projets d'extension de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 8° Les projets de création, de transformation et d'extension des centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

« 9° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services de l'État mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 315-2 ;

« 10° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du président du conseil départemental, mentionnés au cinquième alinéa du même article L. 315-2.

« La commission d'information et de sélection mentionnée au I du présent article donne son avis sur les projets mentionnés aux 4°, 5° et 10° du présent II. » ;

**(Alinéa supprimé ?)**

1° bis et 1° ter (Supprimés)

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

2° L'article L. 313-11 est ~~complété par un alinéa~~ ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés ~~au 9°~~ du I de l'article L. 312-1, ils fixent les éléments pluriannuels du budget de ces établissements et le cadre budgétaire appliqué est l'état des prévisions de recettes et de dépenses, dont le modèle est fixé par l'arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales prévu à la deuxième phrase de l'article L. 314-7-1. »

II. – Le livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1321-2 est ainsi modifié :

~~a) Au deuxième alinéa, les mots : « peut n'instaurer qu'un » sont remplacés par les mots : « instaure un simple » ;~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° L'article L. 313-11 est ainsi modifié :

a) (nouveau) À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « ans », sont insérés les mots : « , prorogables dans la limite d'une sixième année » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés aux 6°, 7°, 9° et 12° du I de l'article L. 312-1, sans qu'ils relèvent du IV ter de l'article L. 313-12 ou de l'article L. 313-12-2, et qu'ils fixent les éléments pluriannuels du budget de ces établissements et services, le cadre budgétaire appliqué est l'état des prévisions de recettes et de dépenses, dont le modèle est fixé par l'arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales prévu à la deuxième phrase de l'article L. 314-7-1, à la demande du gestionnaire et sous réserve de l'accord de l'autorité de tarification compétente. »

I bis (nouveau). – Après l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-7-2. – Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses mentionné à l'article L. 314-7-1 s'applique à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11, l'élaboration et la présentation de ce document budgétaire peut, sous réserve de l'accord des parties, être réalisée par anticipation au titre de l'exercice budgétaire qui précède l'entrée en vigueur du contrat. Dans ce cas, le gestionnaire élabore le budget des établissements et services concernés, dans le délai mentionné à l'article L. 315-15, à partir des dernières notifications budgétaires effectuées par l'autorité de tarification compétente. Les recettes prévues par le gestionnaire peuvent comprendre une actualisation des moyens qui n'engage pas cette autorité. Les règles budgétaires liées à l'état des prévisions de recettes et de dépenses s'appliquent dès cet exercice. À la clôture de celui-ci, le gestionnaire affecte les résultats comptables conformément aux dispositions du contrat.

« À défaut de conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-11 au plus tard dans les douze mois qui suivent l'acceptation par l'autorité chargée de la tarification de la présentation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, les règles budgétaires prévues au présent article ne sont plus applicables. »

II. – Le livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° et 2° (*Supprimés*)

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

~~b) Après le même deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :~~

~~« Les captages d'eau d'origine souterraine dont le débit exploité est inférieur, en moyenne annuelle, à 100 mètres cubes par jour font également l'objet d'un simple périmètre de protection immédiate établi selon des modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé.~~

~~« Lorsque les résultats d'analyses de la qualité de l'eau issue des points de prélèvement mentionnés au troisième alinéa du présent article ne satisfont pas aux critères de qualité fixés par l'arrêté mentionné au même troisième alinéa, établissant un risque avéré de dégradation de la qualité de l'eau, un périmètre de protection rapprochée et, le cas échéant, un périmètre de protection éloignée, mentionnés au premier alinéa, sont adjoints au périmètre de protection immédiate. » ;~~

~~e) Le quatrième alinéa est supprimé ;~~

~~2° Après l'article L. 1321-2-1, il est inséré un article L. 1321-2-2 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1321-2-2. Par dérogation aux dispositions du livre I<sup>er</sup> du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique et du chapitre III du titre II du livre I<sup>er</sup> du code de l'environnement, lorsqu'une modification mineure d'un ou de plusieurs périmètres de protection ou de servitudes afférentes mentionnés à l'article L. 1321-2 du présent code est nécessaire, l'enquête publique est conduite selon une procédure simplifiée, définie par décret en Conseil d'État et adaptée selon le type de modification. Cette procédure simplifiée ne s'applique pas lorsque la modification étend le périmètre de protection immédiate.~~

~~« Lorsque la modification n'intéresse qu'une ou certaines des communes incluses dans le ou les périmètres de protection, la mise à disposition du public du dossier de l'enquête publique peut, par dérogation aux dispositions du livre I<sup>er</sup> du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique et du chapitre III du titre II du livre I<sup>er</sup> du code de l'environnement, être organisée uniquement sur le territoire de la ou des communes concernées. » ;~~

~~3° Le dernier alinéa de l'article L. 1332-8 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :~~

~~« Sont déterminées par décret les modalités d'application du présent chapitre :~~

~~« 1° Relatives aux différents types de piscine, notamment les règles sanitaires, de conception et d'hygiène qui leur sont applicables ainsi que les modalités de mise en œuvre du contrôle sanitaire organisé par le directeur général de l'agence régionale de santé et les conditions dans lesquelles la personne responsable d'une piscine assure la surveillance de la qualité de l'eau, informe le public et tient à la disposition des agents~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

~~3° Le second alinéa de l'article L. 1332-8 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :~~

~~« Sont déterminées par décret les modalités d'application du présent chapitre :~~

~~« 1° Relatives aux différents types de piscine, notamment les règles sanitaires, de conception et d'hygiène qui leur sont applicables ainsi que les modalités de mise en œuvre du contrôle sanitaire organisé par le directeur général de l'agence régionale de santé et les conditions dans lesquelles la personne responsable d'une piscine assure la surveillance de la qualité de l'eau, informe le public et tient à la disposition des agents~~

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

chargés du contrôle sanitaire les informations nécessaires à ce contrôle ;

« 2° Relatives aux baignades artificielles, notamment les règles sanitaires, de conception et d'hygiène auxquelles elles doivent satisfaire. »

Il *bis* (nouveau). – Le code de l'environnement est ainsi modifié :

1° Le V de l'article L. 212-1 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « motivant, », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « à condition que l'état de la masse d'eau concernée ne se détériore pas davantage. » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les reports ainsi opérés ne peuvent excéder la période correspondant à deux mises à jour du schéma directeur d'aménagement et de gestion des eaux, sauf dans les cas où les conditions naturelles sont telles que les objectifs ne peuvent être réalisés dans ce délai. » ;

2° Après l'article L. 652-3, il est inséré un article L. 652-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 652-3-1. – Pour l'application à Mayotte de l'article L. 212-1, à la fin de la première phrase du V, l'année : "2015" est remplacée par l'année : "2021". »

Il *ter* (nouveau). – L'article L. 1432-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° ~~À la seconde phrase du premier alinéa du 2°, les mots : « , dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, » sont supprimés ;~~

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

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de fusionner ~~les deux~~ commissions mentionnées au 2°, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont précisées par décret. »

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

chargés du contrôle sanitaire les informations nécessaires à ce contrôle ;

« 2° Relatives aux baignades artificielles, notamment les règles sanitaires, de conception et d'hygiène auxquelles elles doivent satisfaire. »

Il *bis*. – (Non modifié)

Il *ter*. – L'article L. 1432-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase du premier alinéa, le mot : « Deux » est remplacé par le mot : « Trois » et, à la seconde phrase, les mots : « , dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, » sont supprimés ;

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

« – dans le domaine de l'organisation territoriale des soins. Les membres de cette commission ne sont pas rémunérés et aucuns frais liés au fonctionnement de cette commission ne peuvent être pris en charge par une personne publique. » ;

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

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de fusionner, sous réserve de l'avis conforme d'une majorité qualifiée de leurs membres, les trois, ou deux des trois commissions mentionnées au 2°, dont la composition et les modalités de fonctionnement

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

III. – La première phrase du I de l'article L. 5141-14-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché de médicaments vétérinaires mentionnée à l'article L. 5141-5 ainsi que les entreprises assurant la fabrication, l'importation et la distribution d'aliments médicamenteux déclarent à l'autorité administrative compétente les médicaments vétérinaires comportant une ou plusieurs substances antibiotiques qu'ils cèdent ou qui sont cédés pour leur compte sur le territoire national. »

III *bis* (nouveau). – Le premier alinéa de l'article L. 142-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les frais résultant des consultations et expertises ordonnées par les juridictions compétentes en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que dans le cadre des contentieux mentionnés à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4°, sont pris en charge par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1. »

IV. – Le III de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, ne s'applique pas aux projets pour lesquels une procédure d'appel à projets mentionnée au I du même article L. 313-1-1 est engagée à la date de publication de la présente loi.

V. – Les deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 1321-2 du code de la santé publique, dans leur rédaction résultant des *a* et *b* du 1° du II du présent article, ne s'appliquent pas aux captages d'eau pour lesquels un arrêté d'ouverture d'une enquête publique relative à l'instauration d'un périmètre de protection a été publié à la date de publication de la présente loi.

VI (nouveau). – ~~Le 1° bis du I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.~~

~~Le III bis entre en vigueur le lendemain de la publication de la présente loi. Toutefois, à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020, au premier alinéa de l'article L. 142-11 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4° » sont remplacés par les références : « aux 4°, 5°, 6°, 8° et 9° de l'article L. 142-1 ».~~

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

sont précisées par décret. »

III, III *bis*, IV et V. – (Non modifiés)

VI. – Au 14° du IV de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, les mots : « 5° et 6° de l'article L. 142-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4° », et les mots : « 8° et 9° de l'article L. 142-1 » sont remplacés par les mots : « aux 4°, 5°, 6°, 8° et 9° de l'article L. 142-1 ».

VII (nouveau). – Le I bis entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

VIII (nouveau). – Au premier alinéa de l'article 63 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de



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

**Article 18 bis (nouveau)**

Après le mot : « reconduction, », la fin du dix-neuvième alinéa de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ils sont réputés approuvés si les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt et un jours suivant la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins. »

CHAPITRE II

**Mesures de sécurisation**

**Article 19**

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, afin de simplifier les règles applicables aux agences régionales de santé et de rationaliser l'exercice de leurs missions, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Alléger les procédures, les formalités et les modalités selon lesquelles les agences régionales de santé exercent leurs compétences ;

2° Adapter l'organisation et le fonctionnement des agences régionales de santé, en particulier par des mutualisations de leurs actions, pour les rendre plus efficaces et pour prendre en compte des caractéristiques et contraintes particulières à certains territoires.

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

financement de la sécurité sociale pour 2019, après le mot : « mentionnés », sont insérés les mots : « au 6° et ».

IX (nouveau). – L'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « le 31 décembre 2021 » ;

2° Au dernier alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2021 ».

**Article 18 bis A (nouveau)**

L'article L. 4412-1 du code de la santé publique est abrogé.

**Article 18 bis  
(Conforme)**

CHAPITRE II

**Mesures de sécurisation**

**Article 19**

I. – *(Non modifié)*

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

II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des centres de santé et des maisons de santé mentionnés respectivement aux articles ~~L. 1434-12~~, L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs ou en créant de nouveaux cadres juridiques pour :

1° Faciliter leur création, l'exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement ;

2° Permettre le versement d'indemnités, de rémunérations ou d'intéressements, collectifs ou individuels, aux personnes physiques et morales qui en sont membres ;

3° Rendre possible le versement par l'assurance maladie à la maison de santé de tout ou partie de la rémunération résultant de l'activité de ses membres ;

~~4° Prévoir les conditions d'emploi et de rémunération par la structure de professionnels participant à ses missions ainsi que des personnels intervenant auprès de médecins pour les assister dans leur pratique quotidienne.~~

III. – Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 :

1° Il est créé une agence régionale de santé de La Réunion, exerçant à La Réunion les compétences dévolues aux agences régionales de santé ;

2° Il est créé une agence régionale de santé de Mayotte, exerçant à Mayotte les compétences dévolues aux agences régionales de santé.

III *bis* (nouveau). – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III du titre IV du livre IV de la première partie est ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« La Réunion

« Art. L. 1443-1. – I. – Pour l'application du présent code à La Réunion, la mention de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de La Réunion se substitue à la mention du conseil territorial de santé.

« II. – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie de La Réunion exerce, à La Réunion, les compétences dévolues au conseil territorial de santé prévu à l'article L. 1434-10.

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des centres de santé et des maisons de santé mentionnés respectivement aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs ou en créant de nouveaux cadres juridiques pour :

1° Faciliter leur création, l'exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement ;

2° Permettre le versement d'indemnités, de rémunérations ou d'intéressements, collectifs ou individuels, aux personnes physiques et morales qui en sont membres ;

3° Rendre possible le versement par l'assurance maladie à la maison de santé de tout ou partie de la rémunération résultant de l'activité de ses membres ;

4° (*Supprimé*)

III. – (*Non modifié*)

III *bis*. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III du titre IV du livre IV de la première partie est ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« La Réunion

« Art. L. 1443-1. – I. – Pour l'application du présent code à La Réunion, la mention de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de La Réunion se substitue à la mention du conseil territorial de santé.

« II. – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie de La Réunion exerce, à La Réunion, les compétences dévolues au conseil territorial de santé prévu à l'article L. 1434-10.

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

« III. – Le premier alinéa ainsi que les première et troisième phrases du second alinéa du I de l'article L. 1434-10 ne sont pas applicables à La Réunion. Un décret en Conseil d'État détermine la composition de la commission spécialisée en santé mentale, les modalités de son fonctionnement et de désignation de ses membres. » ;

2° Le chapitre VI du même titre IV devient le chapitre VII et l'article L. 1446-1 devient l'article L. 1447-1 ;

3° Le chapitre VI du même titre IV est ainsi rétabli :

« *CHAPITRE VI*

« *Mayotte*

« *Art. L. 1446-1. – I. –* Pour l'application des dispositions du présent code à Mayotte, la mention de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Mayotte se substitue à la mention du conseil territorial de santé.

« II. – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Mayotte exerce, à Mayotte, les compétences dévolues au conseil territorial de santé prévu à l'article L. 1434-10. Elle peut ne comprendre aucune commission spécialisée.

« III. – Est placée auprès de l'agence régionale de santé de Mayotte une commission de coordination des politiques publiques de santé de Mayotte, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

« IV. – La commission de coordination des politiques publiques de santé de Mayotte exerce, à Mayotte, les compétences dévolues aux commissions de coordination des politiques publiques de santé mentionnées à l'article L. 1432-1.

« V. – Pour l'application des dispositions du présent code à Mayotte, la mention de la commission de coordination des politiques publiques de santé de Mayotte se substitue à la mention des commissions de coordination des politiques publiques de santé.

« VI. – Les territoires de démocratie sanitaire prévus à l'article L. 1434-9 sont définis par l'agence régionale de santé de Mayotte à l'échelle de la collectivité de manière à couvrir l'intégralité du territoire.

« VII. – Le premier alinéa ainsi que les première et troisième phrases du second alinéa du I de

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

« II bis (nouveau). – Les territoires de démocratie sanitaire prévus à l'article L. 1434-9 sont définis par l'agence régionale de santé de La Réunion à l'échelle de la collectivité de manière à couvrir l'intégralité du territoire.

« III. – Le premier alinéa ainsi que les première et troisième phrases du second alinéa du I de l'article L. 1434-10 ne sont pas applicables à La Réunion. Un décret en Conseil d'État détermine la composition de la commission spécialisée en santé mentale, les modalités de son fonctionnement et de désignation de ses membres. » ;

2° Le chapitre VI du même titre IV devient le chapitre VII et l'article L. 1446-1 devient l'article L. 1447-1 ;

3° Le chapitre VI du même titre IV est ainsi rétabli :

« *CHAPITRE VI*

« *Mayotte*

« *Art. L. 1446-1. – I. –* Pour l'application des dispositions du présent code à Mayotte, la mention de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Mayotte se substitue à la mention du conseil territorial de santé.

« II. – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Mayotte exerce, à Mayotte, les compétences dévolues au conseil territorial de santé prévu à l'article L. 1434-10. Elle peut ne comprendre aucune commission spécialisée.

« III. – Est placée auprès de l'agence régionale de santé de Mayotte une commission de coordination des politiques publiques de santé de Mayotte, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

« IV. – La commission de coordination des politiques publiques de santé de Mayotte exerce, à Mayotte, les compétences dévolues aux commissions de coordination des politiques publiques de santé mentionnées à l'article L. 1432-1.

« V. – Pour l'application des dispositions du présent code à Mayotte, la mention de la commission de coordination des politiques publiques de santé de Mayotte se substitue à la mention des commissions de coordination des politiques publiques de santé.

« VI. – Les territoires de démocratie sanitaire prévus à l'article L. 1434-9 sont définis par l'agence régionale de santé de Mayotte à l'échelle de la collectivité de manière à couvrir l'intégralité du territoire.

« VII. – Le premier alinéa ainsi que les première et troisième phrases du second alinéa du I de

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

l'article L. 1434-10 ne sont pas applicables à Mayotte. Un décret en Conseil d'État détermine la composition de la commission spécialisée en santé mentale, les modalités de son fonctionnement et de désignation de ses membres.

« Art. L. 1446-2. – Pour leur application à Mayotte, les articles suivants sont ainsi adaptés :

« 1° À la première phrase du g du 2° de l'article L. 1431-2, après le mot : "maladie", sont insérés les mots : ", avec la caisse de sécurité sociale de Mayotte" ;

« 2° La première phrase du 2° du I de l'article L. 1432-3 est complétée par les mots : "ainsi que des membres du conseil d'administration de la caisse de sécurité sociale de Mayotte" ;

« 3° Le 4° de l'article L. 1432-9 est ainsi rédigé :

« "4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives ou les accords collectifs applicables au personnel des organismes de sécurité sociale."

« Art. L. 1446-3. – La stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 déclinée à Mayotte inclut un volet relatif à la mise en place progressive de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 4412-1, aux deuxième, troisième et dernier alinéas de l'article L. 5511-2-1 ~~et à la première phrase des premier et dernier alinéas~~ de l'article L. 6416-5, les mots : « de santé de l'océan Indien » sont remplacés par les mots : « ~~de l'agence~~ régionale de santé de Mayotte » ;

5° L'article L. 5511-5 est abrogé.

III *ter* (nouveau). – Le titre IV du livre V du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le 2° du III de l'article L. 543-1 est abrogé ;

2° L'article L. 545-1 est abrogé ;

3° Les 5° et 6° de l'article L. 545-3 sont abrogés.

III *quater* (nouveau). – Les III *bis* et III *ter* entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

III *quinquies* (nouveau). – Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 :

1° Les agents contractuels de droit public de l'agence de santé de l'océan Indien exerçant, au 31 décembre 2019, leurs fonctions sur l'île de Mayotte sont rattachés à l'agence régionale de santé de Mayotte ; par dérogation au premier alinéa de l'article 14 *ter* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'article L. 1434-10 ne sont pas applicables à Mayotte. Un décret en Conseil d'État détermine la composition de la commission spécialisée en santé mentale, les modalités de son fonctionnement et de désignation de ses membres.

« Art. L. 1446-2. – Pour leur application à Mayotte, les articles suivants sont ainsi adaptés :

« 1° À la première phrase du g du 2° de l'article L. 1431-2, après le mot : "maladie", sont insérés les mots : ", avec la caisse de sécurité sociale de Mayotte" ;

« 2° La première phrase du 2° du I de l'article L. 1432-3 est complétée par les mots : "ainsi que des membres du conseil d'administration de la caisse de sécurité sociale de Mayotte" ;

« 3° Le 4° de l'article L. 1432-9 est ainsi rédigé :

« "4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives ou les accords collectifs applicables au personnel des organismes de sécurité sociale."

« Art. L. 1446-3. – La stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 déclinée à Mayotte inclut un volet relatif à la mise en place progressive de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 4412-1, aux deuxième, troisième et dernier alinéas de l'article L. 5511-2-1, à la première phrase du premier alinéa et à la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6416-5, les mots : « de santé de l'océan Indien » sont remplacés par les mots : « régionale de santé de Mayotte » ;

5° L'article L. 5511-5 est abrogé.

III *ter* à III *quinquies*. – (Non modifiés)

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

obligations des fonctionnaires, le contrat dont ils sont titulaires est transféré pour la durée du contrat restant à courir ;

2° Les salariés de l'agence de santé de l'océan Indien mentionnés au 4° de l'article L. 1432-9 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, les agents titulaires d'un contrat de droit privé ainsi que les volontaires du service civique exerçant, au 31 décembre 2019, leurs fonctions sur l'île de Mayotte sont rattachés à l'agence régionale de santé de Mayotte ; par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail, ils conservent, à titre individuel, le bénéfice de toutes les stipulations de leur contrat de travail ;

3° Les agents contractuels de droit public de l'agence de santé de l'océan Indien exerçant, au 31 décembre 2019, leurs fonctions sur l'île de La Réunion sont rattachés à l'agence régionale de santé de La Réunion ; par dérogation au premier alinéa de l'article 14 *ter* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 précitée, le contrat dont ils sont titulaires est transféré pour la durée restant à courir ;

4° Les salariés de l'agence de santé de l'océan Indien mentionnés au 4° de l'article L. 1432-9 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, les agents titulaires d'un contrat de droit privé ainsi que les volontaires du service civique exerçant, au 31 décembre 2019, leurs fonctions sur l'île de La Réunion sont rattachés à l'agence régionale de santé de La Réunion ; par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail, ils conservent, à titre individuel, le bénéfice de toutes les stipulations de leur contrat de travail ;

5° Les conventions et les accords collectifs conclus pour les agents de droit privé au sein de l'agence de santé de l'océan Indien antérieurement à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2020 restent applicables à l'agence régionale de santé de La Réunion et à l'agence régionale de santé de Mayotte sous réserve de la mise en œuvre des dispositions des sections 4 et 5 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre II de la deuxième partie du code du travail.

III *sexies* (nouveau). – Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, il est mis fin aux mandats en cours au 31 décembre 2019 des membres de la délégation du personnel au comité d'agence de l'agence de santé de l'océan Indien, aux mandats en cours au 31 décembre 2019 des membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et aux mandats en cours au 31 décembre 2019 des délégués du personnel.

Jusqu'à l'élection des représentants du personnel au comité d'agence de l'agence régionale de santé de La Réunion et de l'agence régionale de santé de Mayotte et pour la période s'écoulant jusqu'à cette échéance, chaque organisation syndicale remplissant les conditions prévues soit par l'article 9 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, soit par l'article L. 2324-4 du code du travail peut désigner un

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

III *sexies*. – Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, il est mis fin aux mandats en cours au 31 décembre 2019 des membres de la délégation du personnel au comité d'agence de l'agence de santé de l'océan Indien, aux mandats en cours au 31 décembre 2019 des membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et aux mandats en cours au 31 décembre 2019 des délégués du personnel.

Jusqu'à l'élection des représentants du personnel au comité d'agence de l'agence régionale de santé de La Réunion et de l'agence régionale de santé de Mayotte et pour la période s'écoulant jusqu'à cette échéance, chaque organisation syndicale remplissant les conditions prévues soit par l'article 9 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, soit par les articles L. 2122-1, L. 2122-2, L. 2122-9 et L. 2142-1 du

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

représentant, interlocuteur du directeur général de l'agence. Ces conditions s'apprécient par collège.

Jusqu'à l'élection des représentants du personnel au comité d'agence de l'agence régionale de santé de La Réunion et des représentants du personnel au comité d'agence de l'agence régionale de santé de Mayotte, et au plus tard jusqu'au 16 juin 2020, le directeur général exerce son pouvoir de direction dans les domaines pour lesquels le comité d'agence est compétent, ainsi que ses obligations en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, après concertation avec les représentants des organisations syndicales mentionnés ci-dessus qu'il réunit à cet effet.

Le directeur général de l'agence gère, dans les mêmes conditions, les activités sociales et culturelles ainsi que le patrimoine dévolu au comité d'agence.

Les représentants des organisations syndicales peuvent présenter au directeur général de l'agence les réclamations individuelles et collectives des personnels.

III *septies (nouveau)*. – Le patrimoine dévolu, en application de l'article L. 1432-11 du code de la santé publique, au comité d'agence de l'océan Indien fonctionnant à la date du 31 décembre 2019 est réparti avant cette date, par le comité d'agence de l'agence de santé de l'océan Indien, entre le comité d'agence de l'agence régionale de santé de La Réunion et le comité d'agence de l'agence régionale de santé de Mayotte.

À la date de désignation des membres du comité d'agence de l'agence régionale de santé de Mayotte et de l'agence régionale de santé de La Réunion et au plus tard le 16 juin 2020, les nouveaux comités d'agence sont substitués au comité d'agence de l'agence de santé de l'océan Indien dans tous leurs droits et obligations.

III *octies (nouveau)*. – Les articles L. 1432-2, L. 1432-3, L. 1435-8 et L. 1435-10 du code de la santé publique sont applicables à Mayotte et à La Réunion, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Pour 2020, les budgets initiaux de l'agence régionale de santé de Mayotte et de l'agence régionale de santé de La Réunion, ainsi que leurs budgets annexes initiaux prévus au second alinéa de l'article L. 1432-5 du code de la santé publique, sont arrêtés par décision des ministres chargés des affaires sociales et de la santé. Le directeur général de chacune des deux nouvelles agences régionales de santé peut les exécuter sans approbation de ces documents par leur conseil de surveillance respectif. Dans les six mois suivant la date de création de l'agence régionale de santé de Mayotte et de l'agence régionale de santé de La Réunion, le directeur général prépare et soumet à l'approbation du conseil de surveillance de l'agence un budget rectificatif et un budget annexe rectificatif ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

code du travail peut désigner un représentant, interlocuteur du directeur général de l'agence. Ces conditions s'apprécient par collège.

Jusqu'à l'élection des représentants du personnel au comité d'agence de l'agence régionale de santé de La Réunion et des représentants du personnel au comité d'agence de l'agence régionale de santé de Mayotte, et au plus tard jusqu'au 16 juin 2020, le directeur général exerce son pouvoir de direction dans les domaines pour lesquels le comité d'agence est compétent, ainsi que ses obligations en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, après concertation avec les représentants des organisations syndicales mentionnés ci-dessus qu'il réunit à cet effet.

Le directeur général de l'agence gère, dans les mêmes conditions, les activités sociales et culturelles ainsi que le patrimoine dévolu au comité d'agence.

Les représentants des organisations syndicales peuvent présenter au directeur général de l'agence les réclamations individuelles et collectives des personnels.

III *septies* à III *decies*, IV et V. – (*Non modifiés*)

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

2° Les comptes financiers des budgets mentionnés à l'article L. 1432-5 du code de la santé publique de l'agence de santé de l'océan Indien pour 2019 sont établis par l'agent comptable en fonction lors de la dissolution de l'agence. Ils sont arrêtés et approuvés par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la santé ;

3° Les crédits de l'agence de santé de l'océan Indien reportés en 2020 en application de l'article L. 1435-10 du code de la santé publique, dans la limite du plafond fixé au même article L. 1435-10, sont ventilés entre l'agence régionale de santé de Mayotte et l'agence régionale de santé de La Réunion, selon une répartition arrêtée par décision des ministres chargés des affaires sociales et de la santé ;

4° L'information prévue à l'article L. 1435-10 du code de la santé publique sur l'exécution relative à l'exercice 2019 des budgets de l'agence de santé de l'océan Indien est transmise en 2020 par l'agence régionale de santé de Mayotte et par l'agence régionale de santé de La Réunion sur les actions relevant de leurs territoires respectifs.

III *nonies (nouveau)*. – Les biens, droits et obligations de l'agence de santé de l'océan Indien sont transférés à l'agence régionale de santé de Mayotte et à l'agence régionale de santé de La Réunion selon une répartition déterminée par arrêté des ministres chargés de la santé et des comptes publics. Ce transfert est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu au paiement d'aucune indemnité, ni d'aucun droit, impôt, taxe ou contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts.

III *decies (nouveau)*. – À la première phrase du premier alinéa de l'article 20-3 et à l'article 20-5-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, les mots : « l'exception de son deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « L. 162-5-2, L. 162-5-3 à l'exception des cinq derniers alinéas, L. 162-5-4 ».

IV. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi afin de modifier, en tant que de besoin, les codes et les lois pour les mettre en cohérence avec les dispositions de la présente loi et des ordonnances prises pour son application. Ces ordonnances sont prises à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions obsolètes ou devenues sans objet.

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

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

V. – À compter de la publication de la présente loi, les ordonnances prévues aux I, II et IV sont publiées dans un délai :

- 1° De douze mois pour celle prévue au I ;
- 2° De dix-huit mois pour celle prévue au II ;
- 3° (*Supprimé*)
- 4° De vingt-quatre mois pour celle prévue au IV.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

**Article 19 bis A (nouveau)**

Après le 3° du I de l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, il est inséré un 3° bis ainsi rédigé :

« 3° bis D'un député et d'un sénateur élus dans le ressort de la région ; ».

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

**Article 19 bis AAA (nouveau)**

Le i du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

**Article 19 bis AA (nouveau)**

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

1° Le premier alinéa du I est complété par les mots : « en nombre égal » ;

2° Le sixième alinéa du même I est supprimé ;

3° Le huitième alinéa du même I est ainsi rédigé :

« Le conseil de surveillance est présidé par le président du conseil régional ou son représentant. » ;

4° Le dixième alinéa du même I est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétences de l'agence. » ;

5° À l'avant-dernier alinéa du II et à la première phrase du premier alinéa du III, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « sixième ».

**Article 19 bis A  
(Supprimé)**



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

**Article 19 bis (nouveau)**

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Pour assurer les missions de contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner des inspecteurs mentionnés au premier alinéa et ayant qualité de médecin ou recourir à :

« 1° Des médecins-conseils ou des pharmaciens-conseils des organismes d'assurance maladie sur proposition des représentants des régimes d'assurance maladie en région ;

« 2° Des médecins ayant conclu un contrat avec l'agence régionale de santé, qui peuvent être choisis en particulier parmi les experts de la Haute Autorité de santé mentionnés à l'article L. 1414-4.

« Les personnes mentionnées aux 1° et 2° respectent des conditions d'aptitude technique et juridiques définies par décret en Conseil d'État. »

*I bis.* – Au VII de l'article L. 1441-6 du code de la santé publique, les mots : « du deuxième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

II. – L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est complété par un VII ainsi rédigé :

« VII. – Le service du contrôle médical peut, en application de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, procéder au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du même code. »

**Article 19 ter (nouveau)**

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

1° Le chapitre unique du titre I<sup>er</sup> du livre préliminaire de la quatrième partie est ainsi rédigé :

« CHAPITRE UNIQUE

« **Protocoles de coopération**

« Section 1

« **Dispositions communes**

« Art. L. 4011-1. – Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1,

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

**Article 19 bis  
(Conforme)**

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

1° Le chapitre unique du titre I<sup>er</sup> du livre préliminaire de la quatrième partie est ainsi rédigé :

« CHAPITRE UNIQUE

« **Protocoles de coopération**

« Section 1

« **Dispositions communes**

« Art. L. 4011-1. – Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1,

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

L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.

« Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.

« Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération.

« *Art. L. 4011-2.* – Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre.

« *Section 2*

« **Protocoles nationaux**

« *Art. L. 4011-3.* – I. – Un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. À cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre.

« Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer ~~après avis de la Haute Autorité de santé~~ l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives par leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Le comité est composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ainsi que des agences régionales de santé.

« II. – Le financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« 1° Aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11,

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

L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.

« Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.

« Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération.

« *Art. L. 4011-2.* – Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre.

« *Section 2*

« **Protocoles nationaux**

« *Art. L. 4011-3.* – I. – Un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. À cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre.

« Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives par leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Le comité est composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ainsi que des agences régionales de santé. Les conseils nationaux professionnels et les ordres des professions concernées sont associés aux travaux de ce comité.

« II. – Le financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« 1° Aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11,

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

L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« 2° Aux 1°, 2°, ~~6° et 9° de l'article L. 321-1~~, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 3° À l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« 4° Aux articles L. 160-13 et L. 160-14, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent du financement des protocoles nationaux sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

« III. – Le protocole national et son modèle économique sont rédigés par une équipe de rédaction, sélectionnée dans le cadre d'un appel national à manifestation d'intérêt, avec l'appui ~~éventuel~~ des conseils nationaux professionnels. Le protocole national est autorisé sur l'ensemble du territoire national par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé qui se prononce sur sa compatibilité avec le décret mentionné à l'article L. 4011-2. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre et retirer un protocole pour des motifs liés à la sécurité et à la qualité des prises en charge.

« IV. – Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant mettre en œuvre un protocole national déclarent, le cas échéant conjointement, à l'agence régionale de santé compétente sa mise en œuvre sous leur responsabilité. L'agence peut suspendre la mise en œuvre de ce protocole dans une ou plusieurs structures pour des motifs liés à la qualité et à la sécurité des prises en charge et en cas de non-respect des dispositions du même protocole.

« V. – Les conditions d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire.

« Section 3

« **Protocoles expérimentaux locaux**

« Art. L. 4011-4. – Des professionnels de santé travaillant en équipe peuvent, à leur initiative, élaborer un protocole autre qu'un protocole national et qui propose une organisation innovante. Ce protocole est instruit, autorisé, suivi et évalué dans le cadre de la procédure des

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

L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« 2° Aux 1°, 2°, 5° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 3° À l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« 4° Aux articles L. 160-13 et L. 160-14, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent du financement des protocoles nationaux sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

« III. – Le protocole national et son modèle économique sont rédigés par une équipe de rédaction, sélectionnée dans le cadre d'un appel national à manifestation d'intérêt, avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées. Le protocole national est autorisé sur l'ensemble du territoire national par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé qui se prononce sur sa compatibilité avec le décret mentionné à l'article L. 4011-2. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre et retirer un protocole pour des motifs liés à la sécurité et à la qualité des prises en charge.

« IV. – Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant mettre en œuvre un protocole national déclarent, le cas échéant conjointement, à l'agence régionale de santé compétente sa mise en œuvre sous leur responsabilité. L'agence peut suspendre la mise en œuvre de ce protocole dans une ou plusieurs structures pour des motifs liés à la qualité et à la sécurité des prises en charge et en cas de non-respect des dispositions du même protocole.

« V. – Les conditions d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire.

« Section 3

« **Protocoles expérimentaux locaux**

« Art. L. 4011-4. – Des professionnels de santé travaillant en équipe peuvent, à leur initiative, élaborer un protocole autre qu'un protocole national et qui propose une organisation innovante. Ce protocole est instruit, autorisé, suivi et évalué dans le cadre de la procédure des

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

expérimentations à dimension régionale mentionnées au III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Le protocole n'est valable que pour l'équipe promotrice, dont les professionnels de santé sont tenus de se faire enregistrer sans frais auprès de l'agence régionale de santé.

### « Section 4

#### « Dispositions applicables au service de santé des armées

« Art. L. 4011-5. – I. – Le présent chapitre s'applique au service de santé des armées dans les conditions suivantes :

« 1° Le ministre ~~chargé~~ de la défense peut autoriser par arrêté la mise en œuvre pour l'ensemble des professionnels de santé relevant du service de santé des armées et sur tout le territoire national des protocoles de coopération mentionnés à l'article L. 4011-3 ;

« 2° Le ministre ~~chargé~~ de la défense peut également autoriser, par arrêté, la mise en œuvre pour l'ensemble du service de santé des armées et sur tout le territoire national de protocoles de coopération soumis au préalable à l'avis de la Haute Autorité de santé, qui se prononce sur leur compatibilité au décret mentionné à l'article L. 4011-2.

« II. – Sont déterminées par décret les modalités selon lesquelles :

« 1° Les hôpitaux des armées ou les autres éléments du service de santé des armées peuvent être autorisés à adhérer aux protocoles mentionnés à l'article L. 4011-3 ;

« 2° Est réalisé le suivi des protocoles prévus aux 1° et 2° du ~~I~~ ;

« 3° Des professionnels de santé du service de santé des armées travaillant en équipe peuvent élaborer un protocole local expérimental prévu à l'article L. 4011-4. » ;

2° Le 5° de l'article L. 6323-1-1 est ainsi rédigé :

« 5° Soumettre et mettre en œuvre des protocoles définis aux articles L. 4011-1 et L. 4011-2 dans les conditions définies aux articles L. 4011-3 et L. 4011-4 ; »

3° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 4113-5, la référence : « L. 4011-3 » est remplacée par la référence : « L. 4011-4 » ;

4° L'article L. 4444-1 est ainsi modifié :

a) Aux premier et second alinéas, la référence : « L. 4011-4 » est remplacée par la référence :

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

expérimentations à dimension régionale mentionnées au III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Le protocole n'est valable que pour l'équipe promotrice, dont les professionnels de santé sont tenus de se faire enregistrer sans frais auprès de l'agence régionale de santé.

### « Section 4

#### « Dispositions applicables au service de santé des armées

« Art. L. 4011-5. – I. – Le présent chapitre s'applique au service de santé des armées dans les conditions suivantes :

« 1° Le ministre de la défense peut autoriser par arrêté la mise en œuvre pour l'ensemble des professionnels de santé relevant du service de santé des armées et sur tout le territoire national des protocoles de coopération mentionnés à l'article L. 4011-3 ;

« 2° Le ministre de la défense peut également autoriser, par arrêté, la mise en œuvre pour l'ensemble du service de santé des armées et sur tout le territoire national de protocoles de coopération soumis au préalable à l'avis de la Haute Autorité de santé, qui se prononce sur leur compatibilité au décret mentionné à l'article L. 4011-2.

« II. – Sont déterminées par décret les modalités selon lesquelles :

« 1° Les hôpitaux des armées ou les autres éléments du service de santé des armées peuvent être autorisés à adhérer aux protocoles mentionnés à l'article L. 4011-3 ;

« 2° Est réalisé le suivi des protocoles prévus aux 1° et 2° du I du présent article ;

« 3° Des professionnels de santé du service de santé des armées travaillant en équipe peuvent élaborer un protocole local expérimental prévu à l'article L. 4011-4. » ;

2° Le 5° de l'article L. 6323-1-1 est ainsi rédigé :

« 5° Soumettre et mettre en œuvre des protocoles définis aux articles L. 4011-1 et L. 4011-2 dans les conditions définies aux articles L. 4011-3 et L. 4011-4 ; »

3° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 4113-5, la référence : « L. 4011-3 » est remplacée par la référence : « L. 4011-4 » ;

4° L'article L. 4444-1 est ainsi modifié :

a) Aux premier et second alinéas, la référence : « L. 4011-4 » est remplacée par la référence :

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

« L. 4011-5 » ;

~~b) À la fin du premier alinéa, la référence : « l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 » est remplacée par la référence : « la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ».~~

II. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) Au 9°, la référence : « au avant-dernier alinéa de l'article L. 4011-2 » est remplacée par la référence : « au III de l'article L. 4011-3 » ;

b) Après la première occurrence du mot : « au », la fin du 10° est ainsi rédigée : « deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 ; »

2° Le 2° du II de l'article L. 162-31-1 est complété par un *k* ainsi rédigé :

« *k*) Les règles de compétences prévues aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1 ; »

3° Le premier alinéa du IV du même article L. 162-31-1 est supprimé ;

4° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, la référence : « I de l'article L. 4011-2-3 » est remplacée par la référence : « deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 » ;

b) Au 4°, les mots : « recueilli un avis favorable du collège des financeurs en application du III de l'article L. 4011-2-3 » sont remplacés par les mots : « fait l'objet d'une proposition par le comité national des coopérations interprofessionnelles telle que mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 » ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 162-1-7-4, les mots : « d'un avis favorable du collège des financeurs, prévu à l'article L. 4011-2-3 » sont remplacés par les mots : « d'une proposition du comité national des coopérations interprofessionnelles prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 ».

III. – A. – Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant mettre en œuvre un protocole autorisé avant l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent y adhérer selon les dispositions applicables antérieurement à l'entrée en vigueur du présent article jusqu'à la date de publication du décret prévu à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique dans sa

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

« L. 4011-5 » ;

b) Après les mots : « résultant de », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ».

II et III. – *(Non modifiés)*

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

rédaction résultant de la présente loi.

Les projets de protocoles déposés avant l'entrée en vigueur du décret mentionné au premier alinéa du présent A et ayant vocation à être déployés nationalement sont autorisés par arrêté après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

Les projets de protocoles déposés avant l'entrée en vigueur du même décret et n'ayant pas vocation à être déployés nationalement sont instruits et autorisés selon la procédure applicable antérieurement à l'entrée en vigueur du présent article.

B. – Sont déterminées par décret les modalités selon lesquelles :

1° Les professionnels de santé du service de santé des armées peuvent être autorisés à adhérer aux protocoles autorisés ou déposés avant l'entrée en vigueur du décret mentionné au A du présent III ;

2° Le ministre chargé de la défense peut autoriser par arrêté la mise en œuvre, pour l'ensemble des professionnels de santé relevant du service de santé des armées et sur tout le territoire national, des protocoles de coopération autorisés ou déposés avant l'entrée en vigueur du même décret.

#### **Article 19 quater (nouveau)**

~~Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après le mot : « malades, », sont insérés les mots : « ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical, ».~~

#### **Article 20**

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « doté », la fin du premier alinéa de l'article L. 3131-7 est ainsi rédigée : « d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale. » ;

2° L'article L. 3131-8 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « justifie », sont insérés les mots : « , sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé » ;

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

#### **Article 19 quater (Supprimé)**

#### **Article 20**

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « doté », la fin du premier alinéa de l'article L. 3131-7 est ainsi rédigée : « d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale. » ;

2° L'article L. 3131-8 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « justifie », sont insérés les mots : « , sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé » ;

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

~~b) À la fin de la même première phrase, les mots : « dans le cadre d'un dispositif dénommé plan départemental de mobilisation » sont supprimés ;~~

c) La seconde phrase est supprimée ;

3° L'article L. 3131-9 est ainsi modifié :

a) (nouveau) À la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « au deuxième alinéa de » est remplacée par le mot : « à » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

4° L'article L. 3131-9-1 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « En cas de situation sanitaire exceptionnelle ou pour tout événement de nature à impliquer de nombreuses victimes, notamment les accidents collectifs, les informations... (le reste sans changement). » ;

b) Au ~~second~~ alinéa, les mots : « la crise » sont remplacés par les mots : « l'événement » ;

5° Après l'article L. 3131-10, il est inséré un article L. 3131-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3131-10-1. – I. – En cas de situation sanitaire exceptionnelle dont les conséquences dépassent les capacités de prise en charge d'une ou de plusieurs structures de soins de la région, le directeur général de l'agence régionale de santé concernée peut faire appel aux professionnels de santé de la région volontaires pour porter appui à ces structures de soins.

« II. – Lorsque les conséquences de la situation mentionnée au I dépassent les capacités de prise en charge d'une région, le directeur général de l'agence régionale de santé de zone ou le ministre chargé de la santé peuvent solliciter auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé des autres régions des ressources sanitaires complémentaires.

« Ces derniers identifient les professionnels de santé volontaires pour porter appui aux structures de soins de la région concernée.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé concernée par la situation affecte, au sein de la région, les professionnels de santé volontaires en fonction des besoins.

« III. – Les professionnels de santé qui exercent leur activité dans le cadre des I et II bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6.

« IV. – Les I, II et III du présent article ne s'appliquent pas aux professionnels du service de santé des armées. » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

b) Après le mot : « médico-social », la fin de la même première phrase est supprimée ;

c) La seconde phrase est supprimée ;

3° L'article L. 3131-9 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « au deuxième alinéa de » est remplacée par le mot : « à » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

4° L'article L. 3131-9-1 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « En cas de situation sanitaire exceptionnelle ou pour tout événement de nature à impliquer de nombreuses victimes, notamment les accidents collectifs, les informations... (le reste sans changement). » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « la crise » sont remplacés par les mots : « l'événement » ;

5° Après l'article L. 3131-10, il est inséré un article L. 3131-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3131-10-1. – I. – En cas de situation sanitaire exceptionnelle dont les conséquences dépassent les capacités de prise en charge d'une ou de plusieurs structures de soins de la région, le directeur général de l'agence régionale de santé concernée peut faire appel aux professionnels de santé de la région volontaires pour porter appui à ces structures de soins.

« II. – Lorsque les conséquences de la situation mentionnée au I dépassent les capacités de prise en charge d'une région, le directeur général de l'agence régionale de santé de zone ou le ministre chargé de la santé peuvent solliciter auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé des autres régions des ressources sanitaires complémentaires.

« Ces derniers identifient les professionnels de santé volontaires pour porter appui aux structures de soins de la région concernée.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé concernée par la situation affecte, au sein de la région, les professionnels de santé volontaires en fonction des besoins.

« III. – Les professionnels de santé qui exercent leur activité dans le cadre des I et II bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6.

« IV. – Les I, II et III du présent article ne s'appliquent pas aux professionnels du service de santé des armées. » ;

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

6° L'article L. 3131-11 est ainsi modifié :

a) Au *a*, les mots : « et les modalités d'élaboration » sont remplacés par les mots : « ainsi que les modalités d'élaboration et de déclenchement » ;

b) Après ~~la première occurrence du mot : « du »~~, la fin du *b* est ainsi rédigée : « ~~plan~~ détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, ~~et des plans des établissements~~ médico-sociaux mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles ; »

c) Au *c*, après la seconde occurrence du mot : « de », sont insérés les mots : « santé de » et, à la fin, les mots : « mentionnés à l'article L. 3131-9 » sont remplacés par les mots : « chargés d'une mission de conseil et de prise en charge spécifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle » ;

d) Sont ~~ajouté~~ des *d* et *e* ainsi rédigés :

« *d*) Les modalités selon lesquelles des professionnels de santé peuvent être appelés à exercer leur activité en application de l'article L. 3131-10-1 ;

« *e*) Le contenu et les procédures d'élaboration du plan zonal de mobilisation. »

II. – Les articles L. 3134-2-1 et L. 4211-5-1 du code de la santé publique sont abrogés.

II *bis* (nouveau). – Au II de l'article L. 3134-1 du code de la santé publique, les mots : « , à l'exclusion des professionnels de santé en activité, » sont supprimés.

III. – L'article L. 3135-4 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« Art. L. 3135-4. – Par dérogation au 4° de l'article L. 4211-1, en cas d'accident nucléaire ou d'acte terroriste constituant une menace sanitaire grave nécessitant leur délivrance ou leur distribution en urgence, les produits de santé issus des stocks de l'État et figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé peuvent être délivrés ou distribués lorsqu'aucun pharmacien n'est présent, sous la responsabilité du représentant de l'État dans le département, par d'autres professionnels de santé que les pharmaciens et, à défaut, par les personnes mentionnées à l'article L. 721-2 du code de la sécurité intérieure ou par les personnels des services de l'État ou des collectivités territoriales désignés dans des conditions fixées par décret.

« Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1 du présent code, ces produits de santé peuvent être stockés, selon des modalités définies par décret, en dehors des officines et des pharmacies à usage intérieur,

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

6° L'article L. 3131-11 est ainsi modifié :

a) Au *a*, les mots : « et les modalités d'élaboration » sont remplacés par les mots : « ainsi que les modalités d'élaboration et de déclenchement » ;

b) Après les mots : « d'élaboration », la fin du *b* est ainsi rédigée : « des plans détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles par les établissements de santé et par les établissements et services médico-sociaux mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles ; »

c) Au *c*, après la seconde occurrence du mot : « de », sont insérés les mots : « santé de » et, à la fin, les mots : « mentionnés à l'article L. 3131-9 » sont remplacés par les mots : « chargés d'une mission de conseil et de prise en charge spécifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle » ;

d) Sont ajoutés des *d* et *e* ainsi rédigés :

« *d*) Les modalités selon lesquelles des professionnels de santé peuvent être appelés à exercer leur activité en application de l'article L. 3131-10-1 ;

« *e*) Le contenu et les procédures d'élaboration du plan zonal de mobilisation. »

II, II *bis* et III à V. – (Non modifiés)



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

afin de permettre leur délivrance ou leur distribution en urgence dans les cas prévus au premier alinéa du présent article. »

IV. – L'article L. 3821-11 du code de la santé publique est complété par les mots : « dans sa rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ».

V. – Au 16° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, les mots : « blanc de l'établissement » sont remplacés par les mots : « détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, ».

VI. – L'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de situation sanitaire exceptionnelle. »

**Article 20 bis (nouveau)**

Le code de procédure pénale est ainsi modifié :

1° Le sous-titre III du titre préliminaire est complété par un article 10-6 ainsi rédigé :

« Art. 10-6. – À la suite d'accidents, de sinistres, de catastrophes ou d'infractions susceptibles de provoquer de nombreuses victimes, les administrations, au sens de l'article L. 100-3 du code des relations entre le public et l'administration, intervenant dans la gestion de la crise, la prise en charge des victimes de ces événements, leur accompagnement ou la mise en œuvre de leurs droits, les parquets et les juridictions en charge de la procédure ainsi que les associations d'aide aux victimes agréées au sens du dernier alinéa de l'article 41 du présent code peuvent échanger entre elles les données, informations ou documents strictement nécessaires à la conduite de ces missions ainsi qu'à l'information des personnes présentes sur les lieux des événements et de leurs proches.

« Toute personne recevant des données, informations ou documents en application du premier alinéa du présent article est tenue au secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés fixe les modalités d'application du présent article. » ;

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

VI. – L'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle. »

**Article 20 bis  
(Conforme)**

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

2° Le premier alinéa de l'article 804 est ainsi rédigé :

« Le présent code est applicable, dans sa rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna, sous réserve des adaptations prévues au présent titre et aux seules exceptions : ».

### Article 21

I. – Le 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le mot : « contractuels » est supprimé ;

2° Sont ajoutés les mots : « , dont le statut est établi par voie réglementaire ».

II. – L'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié :

1° Le IV est ainsi rédigé :

« IV. – Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique.

« A. – Par exception au sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et au huitième alinéa du I de l'article 69 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les médecins et les chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État ~~non membre~~ de l'Union européenne ou ~~non partie~~ à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, présents dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif au 31 décembre 2018 et recrutés avant le 3 août 2010, dans des conditions fixées par décret, dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif peuvent continuer à exercer leurs fonctions jusqu'au 31 décembre 2020.

« B. – Par exception au sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et au huitième alinéa du I de l'article 69 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 précitée, les médecins titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Article 21

I. – *(Non modifié)*

II. – L'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié :

1° Le IV est ainsi rédigé :

« IV. – Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique.

« A. – Par exception au sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et au huitième alinéa du I de l'article 69 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les médecins et les chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, présents dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif au 31 décembre 2018 et recrutés avant le 3 août 2010, dans des conditions fixées par décret, dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif peuvent continuer à exercer leurs fonctions jusqu'au 31 décembre 2020.

« B. – Par exception au sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et au huitième alinéa du I de l'article 69 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 précitée, les médecins titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays

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

d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, présents dans un établissement ~~public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif~~ au 31 octobre 2018 et ayant exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt d'un dossier de demande d'autorisation d'exercice avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020.

« La commission nationale d'autorisation d'exercice mentionnée au I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique émet un avis sur la demande d'autorisation d'exercice du médecin. L'instruction préalable de chaque dossier est assurée par une commission régionale constituée par spécialité et présidée par le directeur général de l'agence régionale de santé. La commission régionale précitée est dissoute au plus tard le 31 décembre 2021.

« La commission régionale ~~de spécialité concernée~~ peut auditionner tout candidat. Elle formule, après examen du dossier, une proposition à la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente. Cette proposition consiste :

« 1° Soit à délivrer une autorisation d'exercice ;

« 2° Soit à rejeter la demande du candidat ;

« 3° Soit à prescrire un parcours de consolidation des compétences d'une durée maximale équivalente à celle du troisième cycle des études de médecine de la spécialité concernée. Ce parcours peut comprendre de la formation pratique et théorique.

« La commission régionale de spécialité transmet le dossier de chaque candidat, accompagné de sa proposition, à la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente.

« La commission nationale émet, après examen de chaque dossier, un avis destiné au ministre chargé de la santé.

« Cette commission doit avoir auditionné tout candidat pour lequel elle émet un avis visant à l'obtention directe d'une autorisation d'exercice ou au rejet de sa demande.

« Elle peut auditionner les autres candidats.

« Le ministre chargé de la santé ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion peut, au vu de l'avis de la commission nationale :

« a) Soit délivrer une autorisation d'exercice ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, présents dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ou un établissement ou service médico-social entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 31 janvier 2019 et ayant exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt d'un dossier de demande d'autorisation d'exercice avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020.

« La commission nationale d'autorisation d'exercice mentionnée au I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique émet un avis sur la demande d'autorisation d'exercice du médecin. L'instruction préalable de chaque dossier est assurée par une commission régionale constituée par spécialité et présidée par le directeur général de l'agence régionale de santé. La commission régionale précitée est dissoute au plus tard le 31 décembre 2021.

« La commission régionale mentionnée au deuxième alinéa du présent B peut auditionner tout candidat relevant de la spécialité concernée. Elle formule, après examen du dossier, une proposition à la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente. Cette proposition consiste :

« 1° Soit à délivrer une autorisation d'exercice ;

« 2° Soit à rejeter la demande du candidat ;

« 3° Soit à prescrire un parcours de consolidation des compétences d'une durée maximale équivalente à celle du troisième cycle des études de médecine de la spécialité concernée. Ce parcours peut comprendre de la formation pratique et théorique.

« La commission régionale de spécialité transmet le dossier de chaque candidat, accompagné de sa proposition, à la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente.

« La commission nationale émet, après examen de chaque dossier, un avis destiné au ministre chargé de la santé.

« Cette commission doit avoir auditionné tout candidat pour lequel elle émet un avis visant à l'obtention directe d'une autorisation d'exercice ou au rejet de sa demande.

« Elle peut auditionner les autres candidats.

« Le ministre chargé de la santé ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion peut, au vu de l'avis de la commission nationale :

« a) Soit délivrer une autorisation d'exercice ;

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

« b) Soit rejeter la demande du candidat ;

« c) Soit prendre une décision d'affectation du médecin dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit, d'une durée maximale équivalente à celle du troisième cycle des études de médecine de la spécialité concernée. À l'issue de son parcours de consolidation des compétences, le candidat saisit la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente, qui émet un avis destiné au ministre chargé de la santé pour décision de ce dernier.

« L'attestation permettant un exercice temporaire dont un candidat a bénéficié au titre du premier alinéa du présent B prend fin :

« – lorsque le candidat se voit délivrer une autorisation d'exercice ;

« – à la date de prise d'effet de son affectation dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences ;

« – en cas de refus du candidat de réaliser le parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit ;

« – en cas de rejet de la demande du candidat ;

« – et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2021-→» ;

2° Sont ajoutés des V et VI ainsi rédigés :

« V. – Les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État ~~non membre~~ de l'Union européenne ou ~~non partie~~ à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, présents dans un établissement ~~public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« b) Soit rejeter la demande du candidat ;

« c) Soit prendre une décision d'affectation du médecin dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit, d'une durée maximale équivalente à celle du troisième cycle des études de médecine de la spécialité concernée. À l'issue de son parcours de consolidation des compétences, le candidat saisit la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente, qui émet un avis destiné au ministre chargé de la santé pour décision de ce dernier.

« L'attestation permettant un exercice temporaire dont un candidat a bénéficié au titre du premier alinéa du présent B prend fin :

« – lorsque le candidat se voit délivrer une autorisation d'exercice ;

« – à la date de prise d'effet de son affectation dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences ;

« – en cas de refus du candidat de réaliser le parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit ;

« – en cas de rejet de la demande du candidat ;

« – et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2021\_

« Les médecins titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre ne satisfaisant pas aux conditions d'exercice mentionnées au premier alinéa du présent B mais ayant eu une activité en lien avec la santé pendant au moins deux ans en équivalent temps plein entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 janvier 2019 peuvent déposer avant le 1<sup>er</sup> mars 2020 une demande de rattachement à la procédure temporaire d'autorisation d'exercice prévue au présent B auprès de la commission nationale d'autorisation d'exercice. Cette commission, qui examine chaque dossier et peut auditionner tout candidat, peut autoriser le rattachement à cette procédure ou rejeter la demande du candidat avant le 1<sup>er</sup> mars 2020. » ;

2° Sont ajoutés des V et VI ainsi rédigés :

« V. – Les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, présents dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 6111-1 du code de la santé

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

~~au 31 octobre 2018~~ et ayant exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020 d'un dossier de demande d'autorisation d'exercice auprès de la commission nationale d'autorisation d'exercice mentionnée au I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, ou à l'article L. 4221-12 du même code, pour les pharmaciens.

« La commission nationale d'autorisation d'exercice émet, après examen de chaque dossier, un avis destiné au ministre chargé de la santé sur la demande d'autorisation d'exercice des candidats.

« Cet avis consiste :

« 1° Soit à délivrer une autorisation d'exercice ;

« 2° Soit à rejeter la demande du candidat ;

« 3° Soit à prescrire un parcours de consolidation des compétences, d'une durée maximale équivalente à celle de la maquette de la formation suivie pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens et d'une durée maximale d'un an pour les sages-femmes. Ce parcours peut comprendre de la formation pratique et théorique.

« La commission nationale doit avoir auditionné tout candidat pour lequel elle émet un avis visant à l'obtention directe d'une autorisation d'exercice ou au rejet de son dossier.

« Elle peut auditionner les autres candidats.

« Le ministre chargé de la santé ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion peut alors :

« a) Soit délivrer une autorisation d'exercice ;

« b) Soit rejeter la demande du candidat ;

« c) Soit prendre une décision d'affectation du candidat dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit, d'une durée maximale équivalente à la maquette de la formation suivie pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens et d'une durée maximale d'un an pour les sages-femmes. À l'issue de son parcours de consolidation des compétences, le candidat saisit la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente, qui émet un avis destiné au ministre chargé de la santé pour décision de ce dernier.

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

publique ou un établissement ou service médico-social entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 31 janvier 2019 et ayant exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020 d'un dossier de demande d'autorisation d'exercice auprès de la commission nationale d'autorisation d'exercice mentionnée au I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, ou à l'article L. 4221-12 du même code, pour les pharmaciens.

« La commission nationale d'autorisation d'exercice émet, après examen de chaque dossier, un avis destiné au ministre chargé de la santé sur la demande d'autorisation d'exercice des candidats.

« Cet avis consiste :

« 1° Soit à délivrer une autorisation d'exercice ;

« 2° Soit à rejeter la demande du candidat ;

« 3° Soit à prescrire un parcours de consolidation des compétences, d'une durée maximale équivalente à celle de la maquette de la formation suivie pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens et d'une durée maximale d'un an pour les sages-femmes. Ce parcours peut comprendre de la formation pratique et théorique.

« La commission nationale doit avoir auditionné tout candidat pour lequel elle émet un avis visant à l'obtention directe d'une autorisation d'exercice ou au rejet de son dossier.

« Elle peut auditionner les autres candidats.

« Le ministre chargé de la santé ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion peut alors :

« a) Soit délivrer une autorisation d'exercice ;

« b) Soit rejeter la demande du candidat ;

« c) Soit prendre une décision d'affectation du candidat dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit, d'une durée maximale équivalente à la maquette de la formation suivie pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens et d'une durée maximale d'un an pour les sages-femmes. À l'issue de son parcours de consolidation des compétences, le candidat saisit la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente, qui émet un avis destiné au ministre chargé de la santé pour décision de ce dernier.

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

« L'attestation permettant un exercice temporaire dont un candidat a bénéficié au titre du premier alinéa du présent V prend fin :

« – lorsque le candidat se voit délivrer une autorisation d'exercice ;

« – à la date de prise d'effet de son affectation dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences ;

« – en cas de refus du candidat de réaliser le parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit ;

« – en cas de rejet de la demande du candidat ;

« – et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2021.

« VI. – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre des IV et V du présent article, notamment :

« 1° Les délais, conditions, composition et modalités de dépôt des dossiers de demande d'autorisation d'exercice ;

« 2° La composition et le fonctionnement des commissions régionales constituées par spécialité chargées de l'instruction préalable des dossiers ;

« 3° Les modalités d'affectation des candidats en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences arrêté par le ministre chargé de la santé ainsi que les modalités de réalisation de ce parcours.→

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« L'attestation permettant un exercice temporaire dont un candidat a bénéficié au titre du premier alinéa du présent V prend fin :

« – lorsque le candidat se voit délivrer une autorisation d'exercice ;

« – à la date de prise d'effet de son affectation dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences ;

« – en cas de refus du candidat de réaliser le parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit ;

« – en cas de rejet de la demande du candidat ;

« – et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2021.

« Les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre ne satisfaisant pas aux conditions d'exercice mentionnées au premier alinéa du présent V mais ayant eu une activité en lien avec la santé pendant au moins deux ans en équivalent temps plein entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 janvier 2019 peuvent déposer avant le 1<sup>er</sup> mars 2020 une demande de rattachement à la procédure temporaire d'autorisation d'exercice prévue au présent V auprès de la commission nationale d'autorisation d'exercice. Cette commission, qui examine chaque dossier et peut auditionner tout candidat, peut autoriser le rattachement à cette procédure ou rejeter la demande du candidat avant le 1<sup>er</sup> mars 2020.

« VI. – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre des IV et V du présent article, notamment :

« 1° Les délais, conditions, composition et modalités de dépôt des dossiers de demande d'autorisation d'exercice ;

« 2° La composition et le fonctionnement des commissions régionales constituées par spécialité chargées de l'instruction préalable des dossiers ;

« 3° Les modalités d'affectation des candidats en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences arrêté par le ministre chargé de la santé ainsi que les modalités de réalisation de ce parcours ;

« 4° (nouveau) Les conditions de mise en œuvre de la procédure de demande de rattachement mentionnée au dernier alinéa des IV et V. Cette procédure peut notamment concerner les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens qui auraient interrompu leur

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

III. – L'autorité administrative se prononce au plus tard le 31 décembre 2021 sur les demandes d'autorisation d'exercice mentionnées aux IV et V de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

IV. – L'article L. 4111-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après le mot : « santé~~;~~ », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion » ;

– après le mot : « exercice », sont insérés les mots : « dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre » ;

– après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « , dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation~~;~~ » ;

– après le mot : « chirurgien-dentiste », sont insérés les mots : « , le cas échéant dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation, » ;

– après la ~~seconde~~ occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « de » ;

– à la fin, les mots : « dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « , discipline ou » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, par » ;

– à la dernière phrase, les mots : « pour chaque discipline ou » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, pour chaque » ;

– à la même dernière phrase, les mots : « conformément aux dispositions du troisième alinéa » sont remplacés par les mots : « en application du deuxième alinéa du I » ;

*b bis) (nouveau)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées au troisième alinéa du présent I titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre permettant l'exercice dans le pays d'obtention

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

activité professionnelle pour présenter effectivement les épreuves mentionnées au I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique ou ceux ayant exercé dans une autorité, un établissement ou un organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 1411-5-1 du même code. »

III. – (*Non modifié*)

IV. – L'article L. 4111-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion<sub>u</sub> » ;

– après le mot : « exercice », sont insérés les mots : « dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre » ;

– après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « , dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation » ;

– après le mot : « chirurgien-dentiste », sont insérés les mots : « , le cas échéant dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation, » ;

– après la deuxième occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « de » ;

– à la fin, les mots : « dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « , discipline ou » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, par » ;

– à la dernière phrase, les mots : « pour chaque discipline ou » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, pour chaque » ;

– à la même dernière phrase, les mots : « conformément aux dispositions du troisième alinéa » sont remplacés par les mots : « en application du deuxième alinéa du I » ;

*b bis)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées au troisième alinéa du présent I titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre permettant l'exercice dans le pays d'obtention

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

de ce diplôme, de ce certificat ou de ce titre se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt d'un dossier auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de leur lieu de résidence, lequel peut, après examen de ce dossier, prendre une décision d'affectation temporaire du candidat dans un établissement de santé. Le candidat s'engage en contrepartie à passer les épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

c) Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« Les lauréats candidats à la profession de médecin doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation de compétences de deux ans dans leur spécialité, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances. Ils sont pour cela affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, et subordonné au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

d) Le sixième alinéa est ainsi rédigé :

« Les lauréats candidats à la profession de chirurgien-dentiste doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation de compétences d'une année, le cas échéant dans leur spécialité, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances, dans les lieux de stage agréés et auprès d'un praticien agréé maître de stage. Ils sont pour cela affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes égal à celui fixé en application du deuxième alinéa, et subordonné au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

de ce diplôme, de ce certificat ou de ce titre se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt d'un dossier auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de leur lieu de résidence, lequel peut, après examen de ce dossier, prendre une décision d'affectation temporaire du candidat dans un établissement de santé. Le candidat s'engage en contrepartie à passer les épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

c) Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« Les lauréats candidats à la profession de médecin doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation de compétences de deux ans dans leur spécialité, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances. Ils sont pour cela affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé ou, sur délégation, du directeur général du Centre national de gestion. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, et subordonné au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

d) Le sixième alinéa est ainsi rédigé :

« Les lauréats candidats à la profession de chirurgien-dentiste doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation de compétences d'une année, le cas échéant dans leur spécialité, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances, dans les lieux de stage agréés et auprès d'un praticien agréé maître de stage. Ils sont pour cela affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé ou, sur délégation, du directeur général du centre national de gestion. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes égal à celui fixé en application du deuxième alinéa, et subordonné au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

d bis) (nouveau) Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Les lauréats candidats à la profession de sage-femme doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation des compétences d'une année, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances, dans un établissement de santé. Ils sont pour cela affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé ou, sur délégation, du directeur général du centre national de gestion. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes égal à celui fixé au deuxième alinéa, et subordonné



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

e) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

– sont ajoutés les mots : « telles que prévues au présent article » ;

2° À la première phrase du premier alinéa du I *bis*, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion, ».

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion » ;

b) Après le mot : « spécialité », sont insérés les mots : « correspondant à la demande d'autorisation, » ;

c) Sont ajoutés les mots : « , le cas échéant dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « qui peuvent être organisées » sont remplacés par les mots : « organisées le cas échéant » ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « en tenant compte notamment de l'évolution du nombre d'étudiants déterminé en application de l'article L. 633-3 du code de l'éducation » ;

2° *bis* (nouveau) Au quatrième alinéa, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « du présent article » ;

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

« Les personnes mentionnées au quatrième alinéa titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre permettant l'exercice dans le pays d'obtention de ce diplôme, de ce certificat ou de ce titre se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt d'un dossier auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de leur lieu de résidence, lequel peut, après examen de ce dossier, prendre une décision d'affectation temporaire du candidat dans un établissement de santé. Le candidat s'engage en contrepartie à passer les épreuves de vérification des

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

au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » :

e) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

– sont ajoutés les mots : « telles que prévues au présent article » ;

2° À la première phrase du premier alinéa du I *bis*, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion, ».

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion » ;

b) Après le mot : « spécialité », sont insérés les mots : « correspondant à la demande d'autorisation, » ;

c) Sont ajoutés les mots : « , le cas échéant dans la spécialité correspondant à la demande d'autorisation » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « qui peuvent être organisées » sont remplacés par les mots : « organisées le cas échéant » ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « en tenant compte notamment de l'évolution du nombre d'étudiants déterminé en application de l'article L. 633-3 du code de l'éducation » ;

2° *bis* Au quatrième alinéa, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « du présent article » ;

2° *ter* Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées au quatrième alinéa titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre permettant l'exercice dans le pays d'obtention de ce diplôme, de ce certificat ou de ce titre se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt d'un dossier auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de leur lieu de résidence, lequel peut, après examen de ce dossier, prendre une décision d'affectation temporaire du candidat dans un établissement de santé. Le candidat s'engage en contrepartie à passer les épreuves de vérification des

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

connaissances mentionnées au deuxième alinéa. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les lauréats candidats à la profession de pharmacien doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation de compétences de deux ans, le cas échéant dans leur spécialité, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances. Ils sont pour cela affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, et subordonné au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

b) Sont ajoutés les mots : « telles que prévues par le présent article ».

*V bis (nouveau).* – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A Au premier alinéa de l'article L. 4111-1-2, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, par le directeur général du Centre national de gestion » ;

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 4131-4 est supprimé ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 4111-4, après la seconde occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, sur délégation, par le directeur général du Centre national de gestion » ;

3° Au début du premier alinéa ainsi qu'aux deuxième et troisième alinéas des articles L. 4131-1-1 et L. 4141-3-1, au début de la première phrase et à la seconde phrase du premier alinéa ainsi qu'au deuxième alinéa des articles L. 4151-5-1 et L. 4221-14-1, au début de la première phrase et à la dernière phrase du premier alinéa ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 4221-14-2 et au début de l'article L. 4221-9, les mots : « l'autorité compétente » sont remplacés par les mots : « le ministre chargé de la santé ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion » ;

4° Au premier alinéa des articles L. 4111-3 et L. 4221-1-1, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ou, par délégation, le directeur général du Centre national de gestion » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

connaissances mentionnées au deuxième alinéa. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les lauréats candidats à la profession de pharmacien doivent, en outre, justifier d'un parcours de consolidation de compétences de deux ans, le cas échéant dans leur spécialité, accompli après leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances. Ils sont pour cela affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé ou, sur délégation, du directeur général du Centre national de gestion. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, et subordonné au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre du présent alinéa. » ;

4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

b) Sont ajoutés les mots : « telles que prévues par le présent article ».

*V bis et V ter. – (Non modifiés)*

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

5° Au 3° de l'article L. 6213-2, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ou par délégation, du directeur général du Centre national de gestion ».

*V ter (nouveau).* – L'article L. 5221-2-1 du code du travail est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5221-2-1.* – Par dérogation à l'article L. 5221-2, n'est pas soumis à la condition prévue au 2° du même article L. 5221-2 :

« 1° L'étranger qui entre en France afin d'y exercer une activité salariée pour une durée inférieure ou égale à trois mois dans un domaine figurant sur une liste fixée par décret ;

« 2° Le praticien étranger titulaire d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre permettant l'exercice dans le pays d'obtention de ce diplôme, de ce certificat ou de ce titre, sur présentation de la décision d'affectation du ministre chargé de la santé dans un établissement de santé, prévue aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique, ainsi que, à titre transitoire, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens mentionnés à l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, sur présentation de la décision du ministre chargé de la santé d'affectation dans un établissement de santé prévue au même article 83. »

VI. – A. – Le I du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

B. – Les dispositions du 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du I du présent article, demeurent applicables jusqu'au 31 décembre 2021.

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

VI. – A. – Le I du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

B. – Les dispositions du 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du I du présent article, demeurent applicables jusqu'au 31 décembre 2021.

*C (nouveau).* – Les dispositions du I de l'article L. 4111-2 et de l'article L. 4221-12 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur des IV et V du présent article, demeurent applicables pour les lauréats des épreuves de vérification des connaissances antérieures à 2020 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021.

#### **Article 21 bis (nouveau)**

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

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

« *Art. L. 4131-5.* – Par dérogation à l'article L. 4111-1 et jusqu'au 31 décembre 2025, les directeurs généraux des agences régionales de santé de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et le représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon peuvent autoriser un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, ressortissant d'un pays autre que ceux mentionnés au 2° du même article L. 4111-1 ou titulaire d'un diplôme de médecine, d'odontologie ou de maïeutique, quel que

soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer dans une structure de santé du ressort de leur compétence. Cette autorisation est délivrée par arrêté, pour une durée déterminée, après avis d'une commission territoriale d'autorisation d'exercice, constituée, par profession et, le cas échéant, par spécialité.

« Une commission territoriale d'autorisation d'exercice est constituée :

« 1° Pour la Guyane et la Martinique :

« 2° Pour la Guadeloupe et Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Le nombre de professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes, répartis, par collectivité, profession et le cas échéant, par spécialité, établie sur la base de propositions de chacune des agences régionales de santé concernées ou du représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent article notamment :

« a) Les modalités d'établissement de l'arrêté fixant le nombre et la répartition territoriale des professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du présent article :

« b) La composition et le fonctionnement des commissions territoriales constituées par profession et, le cas échéant, par spécialité ;

« c) Les structures de santé au sein desquels ces professionnels peuvent exercer ;

« d) Les modalités de mise en œuvre et de suivi de ces autorisations d'exercice dérogatoires. » :

2° Après l'article L. 4221-14-2, il est inséré un article L. 4221-14-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-14-3. – Par dérogation à l'article L. 4221-1 et jusqu'au 31 décembre 2025, les directeurs généraux des agences régionales de santé de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et le représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon peuvent autoriser un pharmacien ressortissant d'un pays autre que ceux mentionnés au 2° du même article L. 4221-1 ou titulaire d'un diplôme de pharmacie, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer dans une structure de santé du ressort de leur compétence. Cette autorisation est délivrée par arrêté, pour une durée déterminée, après avis d'une commission territoriale d'autorisation d'exercice.

« Une commission territoriale d'autorisation

d'exercice est constituée :

« 1° Pour la Guyane et la Martinique :

« 2° Pour la Guadeloupe et Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Le nombre de professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes, répartis, par collectivité, établie sur la base de propositions de chacune des agences régionales de santé concernées ou du représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent article notamment :

« a) Les modalités d'établissement de l'arrêté fixant le nombre et la répartition territoriale des professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du présent article :

« b) La composition et le fonctionnement des commissions territoriales :

« c) Les structures de santé au sein desquels ces professionnels peuvent exercer :

« d) Les modalités de mise en œuvre et de suivi de ces autorisations d'exercice dérogatoires. »

II. – L'article L. 4131-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, demeure applicable jusqu'à la date d'entrée en vigueur du décret en Conseil d'État pris en application du I du présent article et, au plus tard, dans un délai d'un an suivant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

#### **Article 21 *ter* (nouveau)**

Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le *d* du 2° de l'article L. 4311-3 est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « Lituanie », sont insérés les mots : « , de la Croatie » ;

b) Après la seconde occurrence du mot : « soviétique », sont insérés les mots : « de la Croatie ou » ;

2° Le 2° de l'article L. 4362-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ni la formation, ni » sont remplacés par le mot : « pas » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Cette

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

**TITRE V  
RATIFICATIONS ET MODIFICATIONS  
D'ORDONNANCES**

**Article 22**

I. – L'ordonnance n° 2017-84 du 26 janvier 2017 relative à la Haute Autorité de santé est ratifiée.

II. – ~~Après le 15° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

« La Haute Autorité de santé peut participer à des activités de coopération internationale se rapportant à ses missions. Dans ce cadre, elle peut notamment fournir des prestations de conseil et d'expertise par le biais de conventions et percevoir des recettes. »

- 97 -

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

condition d'un an d'exercice professionnel n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée. » ;

3° Le deuxième alinéa de l'article L. 4362-7 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ou la formation conduisant à » sont remplacés par le mot : « de » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Cette condition d'un an d'exercice professionnel n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée. »

**TITRE V  
RATIFICATIONS ET MODIFICATIONS  
D'ORDONNANCES**

**Article 22**

I. – *(Non modifié)*

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

1° Après le 15° de l'article L. 161-37, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La Haute Autorité de santé peut participer à des activités de coopération internationale se rapportant à ses missions. Dans ce cadre, elle peut notamment fournir des prestations de conseil et d'expertise par le biais de conventions et percevoir des recettes. » ;

2° (nouveau) L'article L. 161-42 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « huit » ;

b) Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Quatre membres désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dont une personnalité justifiant d'une expérience dans les secteurs médico-social et social ; »

c) Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Parmi les sept membres mentionnés aux 2° à 5° sont désignés au moins trois femmes et trois hommes. Les quatre membres désignés au titre du 2° sont deux hommes et deux femmes. » ;

d) Au dixième alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « trois » et la référence : « 2° » est supprimée.

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

III. – L'ordonnance n° 2017-1179 du 19 juillet 2017 portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ratifiée.

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

1° Le second alinéa de l'article L. 1528-1 est complété par les mots : « sous réserve des adaptations prévues au présent chapitre » ;

2° Le chapitre VIII du titre II du livre V de la première partie est complété par un article L. 1528-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1528-2.* – Pour l'application de l'article L. 1172-1 à Wallis-et-Futuna, les mots : “d'une affection de longue durée” sont remplacés par les mots : “de maladies chroniques” et le dernier alinéa est supprimé. » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – (*Non modifié*)

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

1° Le second alinéa de l'article L. 1528-1 est complété par les mots : « sous réserve des adaptations prévues au présent chapitre » ;

2° Le chapitre VIII du titre II du livre V de la première partie est complété par un article L. 1528-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1528-2.* – Pour l'application de l'article L. 1172-1 à Wallis-et-Futuna, les mots : “d'une affection de longue durée” sont remplacés par les mots : “de maladies chroniques” et le dernier alinéa est supprimé. » ;

2° bis (nouveau) Le 2° du I de l'article L. 1541-2 est ainsi modifié :

a) Le a est ainsi rédigé :

« a) Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« “I. – Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.” » ;

b) Après le même a, il est inséré un a bis ainsi rédigé :

« a bis) Au dernier alinéa du V, les mots : “aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1” sont remplacés par les mots : “à l'article L. 1111-5” ; »

2° ter (nouveau) L'article L. 1541-3 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au début du deuxième alinéa, les mots : « Les articles L. 1111-2 et L. 1111-8 sont applicables » sont remplacés par les mots : « L'article L. 1111-2 est applicable » ;

– après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 1111-8 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2017-27 du 12 janvier 2017 relative à l'hébergement de données de santé à caractère

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

3° L'article L. 2445-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2445-1. – Sous réserve des adaptations prévues au présent chapitre, sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française les dispositions suivantes du titre I<sup>er</sup> du livre II de la présente partie :

« 1° Le chapitre I<sup>er</sup> ;

« 2° L'article L. 2212-1, le premier alinéa des articles L. 2212-2 et L. 2212-3, les articles L. 2212-5 à L. 2212-7 et les trois premiers alinéas de l'article L. 2212-8, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

« 3° L'article L. 2212-4 ;

« 4° Le chapitre III, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 précitée. » ;

4° L'article L. 2445-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2445-3. – Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :

« 1° Au premier alinéa de l'article L. 2212-6, les

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

personnel. » :

b) Le II est ainsi modifié :

– le 1° est ainsi rédigé :

« 1° À l'article L. 1111-2 :

« a) À la deuxième phrase du cinquième alinéa, les mots : “des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1” sont remplacés par les mots : “de l'article L. 1111-5” ;

« b) Le sixième alinéa n'est pas applicable : »

– le c du 4° est ainsi rédigé :

« c) Au cinquième alinéa, les mots : “aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1” sont remplacés par les mots : “à l'article L. 1111-5” et les quatrième et septième alinéas ne sont pas applicables : »

– le 5° est ainsi rédigé :

« 5° À l'article L. 1111-8 :

« a) Au premier alinéa du I, les mots : “prévues au présent article” sont remplacés par les mots : “prévues par la réglementation applicable localement” ;

« b) Les II, III, IV et VI ne sont pas applicables : »

2° *quater (nouveau)* Au second alinéa de l'article L. 1542-5, le mot : « à » est supprimé ;

3° L'article L. 2445-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2445-1. – Sous réserve des adaptations prévues au présent chapitre, sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française les dispositions suivantes du titre I<sup>er</sup> du livre II de la présente partie :

« 1° Le chapitre I<sup>er</sup> ;

« 2° L'article L. 2212-1, le premier alinéa des articles L. 2212-2 et L. 2212-3, les articles L. 2212-5 à L. 2212-7 et les trois premiers alinéas de l'article L. 2212-8, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

« 3° L'article L. 2212-4 ;

« 4° Le chapitre III, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 précitée. » ;

4° L'article L. 2445-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2445-3. – Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :

« 1° Au premier alinéa de l'article L. 2212-6, les



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

mots : “dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2” sont supprimés ;

« 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : “selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2” sont supprimés. » ;

5° L'article L. 2445-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 2445-5.* – Pour l'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française de l'article L. 2213-2, les références : “et L. 2212-8 à L. 2212-10” sont remplacées par les références : “, L. 2212-8 et L. 2212-9”. » ;

6° Au début du II de l'article L. 2446-2, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 2222-2 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. » ;

7° Au début du premier alinéa de l'article L. 6431-9, sont ajoutés les mots : « Les articles L. 6113-3 et L. 6113-4, pour les missions mentionnées aux 2 à 4 de l'article L. 6431-4, et ».

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

mots : “dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2” sont supprimés ;

« 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : “selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2” sont supprimés. » ;

5° L'article L. 2445-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 2445-5.* – Pour l'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française de l'article L. 2213-2, les références : “et L. 2212-8 à L. 2212-10” sont remplacées par les références : “, L. 2212-8 et L. 2212-9”. » ;

6° Au début du II de l'article L. 2446-2, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« II. – L'article L. 2222-2 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. » ;

6° bis (nouveau) L'article L. 3844-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « , à l'exclusion de l'article L. 3211-2-3 » sont supprimés ;

– au second alinéa, après la référence : « L. 3211-11-1 », est insérée la référence : « L. 3211-2-3 » ;

b) Après le 4° du II, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :

« 4° bis À l'article L. 3211-2-3, les mots : “, selon des modalités prévues par convention” sont supprimés ; »

6° ter (nouveau) Le b du 5° du II de l'article L. 3844-2 est ainsi rédigé :

« b) La seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ; »

7° Au début du premier alinéa de l'article L. 6431-9, sont ajoutés les mots : « Les articles L. 6113-3 et L. 6113-4, pour les missions mentionnées aux 2 à 4 de l'article L. 6431-4, et ».

#### **Article 22 bis A (nouveau)**

Après le mot : « personnes », la fin du 2° du III de l'article L. 1121-16-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « et, le cas échéant, l'autorisation de l'autorité compétente, selon les modalités prévues aux articles L. 1123-7 et L. 1123-12, lorsqu'ils ne sont pas utilisés dans des conditions ouvrant droit au remboursement, sous réserve de la pertinence de leur prise en charge financière, appréciée par le ministre chargé de la

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

### Article 22 bis (nouveau)

I. – Le titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ~~ainsi rédigé~~ :

« Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont habilités par la Haute Autorité de santé, qui définit le cahier des charges auquel ils sont soumis. Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé. Un décret détermine les modalités de leur publication ainsi que le rythme des évaluations.→» ;

b) Les troisième, quatrième et sixième alinéas sont supprimés ;

c) Au début du cinquième alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, » sont supprimés ;

d) À la fin du septième alinéa, le mot : « externe » est supprimé ;

d bis) Après la première occurrence du mot : « au », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « premier alinéa du présent article peuvent l'exercer de façon temporaire et occasionnelle sur le territoire national, sous réserve du cahier des charges mentionné au même premier alinéa et de leur habilitation par la Haute Autorité de santé. » ;

e) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « les procédures » sont remplacés par les mots : « la procédure » ;

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

santé. La décision de prise en charge est prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

### Article 22 bis

I. – Le titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont habilités par la Haute Autorité de santé, qui définit le cahier des charges auquel ils sont soumis. Les résultats de cette évaluation, accompagnée des observations éventuelles de l'organisme gestionnaire, sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé. Un décret détermine les modalités de leur publication ainsi que le rythme des évaluations.

« L'établissement ou service évalué communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont définies par le décret mentionné au premier alinéa du présent article. » :

b) Les troisième, quatrième et sixième alinéas sont supprimés ;

c) Au début du cinquième alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, » sont supprimés ;

d) À la fin du septième alinéa, le mot : « externe » est supprimé ;

d bis) Après la première occurrence du mot : « au », la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « premier alinéa du présent article peuvent l'exercer de façon temporaire et occasionnelle sur le territoire national, sous réserve du cahier des charges mentionné au même premier alinéa et de leur habilitation par la Haute Autorité de santé. » ;

d ter) (nouveau) Les deuxième et dernière phrases du même avant-dernier alinéa sont supprimées ;

e) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « les procédures » sont remplacés par les mots : « la procédure » ;

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

– le mot : « références » est remplacé par le mot : « référentiels » ;

– après le mot : « professionnelles », la fin est ainsi rédigée : « au regard desquelles la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée. » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 313-1, le mot : « externe » est supprimé et le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « premier » ;

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, la Haute Autorité de santé peut habilitier les organismes chargés de l'évaluation, sur la base d'un cahier des charges qu'elle a défini.

Les organismes habilités avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 renouvellent leur habilitation auprès de la Haute Autorité de santé avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021 sur la base du cahier des charges défini par elle.

#### Article 22 *ter* (nouveau)

L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des 2°, 4°, 5°, 8° et 15°, la Haute Autorité de santé prend en compte les risques de maltraitance. »

#### Article 23

I. – L'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé est ratifiée.

II. – ~~La quatrième partie du~~ code de la santé publique est ainsi ~~modifiée~~ :

1° L'article L. 4125-8 est ainsi rétabli :

« Art. L. 4125-8. – Nul ne peut être candidat à une élection pour être membre d'un conseil ou assesseur d'une chambre disciplinaire s'il a atteint l'âge de soixante et onze ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature. » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

– le mot : « références » est remplacé par le mot : « référentiels » ;

– après le mot : « professionnelles », la fin est ainsi rédigée : « au regard desquelles la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée. » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 313-1, le mot : « externe » est supprimé et le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « premier » ;

3° (nouveau) Au VI de l'article L. 543-1, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « troisième ».

II. – (Non modifié)

#### Article 22 *ter* (Conforme)

#### Article 23

I. – (Non modifié)

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

1° A (nouveau) Le premier alinéa de l'article L. 4121-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils contribuent à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. » ;

1° L'article L. 4125-8 est ainsi rétabli :

« Art. L. 4125-8. – Nul ne peut être candidat à une élection pour être membre d'un conseil ou assesseur d'une chambre disciplinaire s'il a atteint l'âge de soixante et onze ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature. » ;

1° bis AA (nouveau) L'article L. 4132-1 est ainsi modifié :

a) Le b du 2° est abrogé :

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

1° bis (nouveau) L'article L. 4222-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4222-2. – Les demandes d'inscription au tableau sont adressées par les intéressés au conseil régional de l'ordre compétent. Elles sont accompagnées d'un dossier dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État.

« En cas de cessation ou de modification de l'activité professionnelle ou de changement d'adresse de l'établissement, une déclaration, accompagnée des pièces justificatives nécessaires, est adressée dans les quinze jours au conseil de l'ordre compétent qui procède, s'il y a lieu, à une modification de l'inscription ou à une radiation, suivie, le cas échéant, d'une nouvelle inscription au tableau, au vu des documents transmis.

« Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 4231-1, le pharmacien qui interrompt son activité pour une durée inférieure à un an et qui n'exerce aucune autre activité durant cette interruption est omis du tableau par le conseil de l'ordre compétent. La période de

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

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Trois binômes par ressort territorial des conseils régionaux et interrégionaux suivants :

« a) Auvergne-Rhône-Alpes :

« b) Antilles-Guyane ; »

1° bis A (nouveau) L'article L. 4142-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « vingt-deux » est remplacé par le mot : « vingt-quatre » ;

b) Au 6°, les mots : « Normandie et » sont supprimés ;

c) Au 8°, les mots : « les régions » sont remplacés par les mots : « la région » et les mots : « , et Centre-Val de Loire » sont supprimés ;

d) Au 9°, les mots : « Bretagne et » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « et Centre-Val de Loire » ;

e) Après le même 9°, il est inséré un 9° bis ainsi rédigé :

« 9° bis Un binôme représentant les chirurgiens-dentistes exerçant dans les régions Bretagne et Normandie ; »

1° bis B (nouveau) Le premier alinéa de l'article L. 4221-19 est complété par les mots : « et lorsqu'ils existent, entre associés et intervenants concourant au financement de l'officine ou du laboratoire de biologie médicale » ;

1° bis L'article L. 4222-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4222-2. – Les demandes d'inscription au tableau sont adressées par les intéressés au conseil régional de l'ordre compétent. Elles sont accompagnées d'un dossier dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État.

« En cas de cessation ou de modification de l'activité professionnelle ou de changement d'adresse de l'établissement, une déclaration, accompagnée des pièces justificatives nécessaires, est adressée dans les quinze jours au conseil de l'ordre compétent qui procède, s'il y a lieu, à une modification de l'inscription ou à une radiation, suivie, le cas échéant, d'une nouvelle inscription au tableau, au vu des documents transmis.

« Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 4231-1, le pharmacien qui interrompt son activité pour une durée inférieure à un an et qui n'exerce aucune autre activité durant cette interruption est omis du tableau par le conseil de l'ordre compétent. La période de

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

l'omission peut être renouvelée, sans toutefois excéder une durée totale de deux ans. Les conditions dans lesquelles un conseil procède à l'omission sont définies par décret. » ;

2° L'article L. 4233-9 est ainsi rétabli :

« Art. L. 4233-9. – Nul ne peut être candidat à une élection pour être membre d'un conseil s'il a atteint l'âge de soixante et onze ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature. » ;

3° À l'article L. 4321-19, après la référence : « L. 4125-3-1, », sont insérées les références : « L. 4125-4, L. 4125-5, L. 4125-7 et L. 4125-8, » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'omission peut être renouvelée, sans toutefois excéder une durée totale de deux ans. Les conditions dans lesquelles un conseil procède à l'omission sont définies par décret. » ;

1° ter (nouveau) L'article L. 4232-10 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « Réunion », la fin du 4° est supprimée ;

b) Après le même 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une délégation comprenant les pharmaciens exerçant à Mayotte. » ;

c) Après les mots : « élisent un », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « délégué local et son suppléant qui assure la représentation de la section E sur le territoire. » ;

1° quater (nouveau) L'article L. 4232-11 est ainsi modifié :

a) Au 1°, au début, les mots : « Un binôme est composé » sont remplacés par les mots : « Deux binômes sont composés » et, à la fin, les mots : « exerçant en officine » sont remplacés par les mots : « relevant en métropole des sections A et D » ;

b) Après le mot : « composé », la fin du 2° est ainsi rédigée : « de pharmaciens relevant en métropole des sections B, C, G ou H. » ;

c) Le 3° est abrogé ;

d) Au sixième alinéa, le mot : « cent » est remplacé par le mot : « cents » ;

e) Le septième alinéa est supprimé ;

2° L'article L. 4233-9 est ainsi rétabli :

« Art. L. 4233-9. – Nul ne peut être candidat à une élection pour être membre d'un conseil s'il a atteint l'âge de soixante et onze ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature. » ;

2° bis (nouveau) Le premier alinéa de l'article L. 4321-14 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. » ;

2° ter (nouveau) À l'article L. 4321-18-4, après la référence : « 30 », sont insérés les mots : « par collègue » ;

3° À l'article L. 4321-19, après la référence : « L. 4125-3-1, », sont insérées les références : « L. 4125-4, L. 4125-5, L. 4125-7 et L. 4125-8, » ;

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

4° La seconde phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 4122-3 est ainsi rédigée : « Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant de la chambre disciplinaire nationale s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

5° La dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 4124-7 est ainsi rédigée : « Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant d'une chambre disciplinaire s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

6° Le deuxième alinéa des articles L. 4234-3 et L. 4234-4 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant d'une chambre de discipline s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

7° Le quatrième alinéa de l'article L. 4234-8 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant de la chambre de discipline du conseil national s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » →

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° La seconde phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 4122-3 est ainsi rédigée : « Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant de la chambre disciplinaire nationale s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

5° La dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 4124-7 est ainsi rédigée : « Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant d'une chambre disciplinaire s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

6° Le deuxième alinéa des articles L. 4234-3 et L. 4234-4 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant d'une chambre de discipline s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

7° Le quatrième alinéa de l'article L. 4234-8 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant de la chambre de discipline du conseil national s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

8° (nouveau) Le premier alinéa de l'article L. 4322-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. » ;

9° (nouveau) Après le mot : « par », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 4322-8 est ainsi rédigée : « par un membre du Conseil d'État, en activité ou honoraire, ayant au moins le rang de conseiller d'État. » ;

10° (nouveau) Le dernier alinéa de l'article L. 5125-16 est ainsi modifié :

a) Les mots : « en la faisant gérer » sont supprimés ;

b) Après le mot : « santé », sont insérés les mots : « à remplacer le pharmacien décédé » ;

c) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Ce délai peut être prorogé, pour une période ne pouvant excéder un an, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de situation exceptionnelle. À l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application de l'article L. 5125-22. »

II bis (nouveau). – Après le troisième alinéa de l'article L. 145-7-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les fonctions de président ou de président suppléant de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues sont

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

III. – Les 1° à 3° du II entrent en vigueur à compter des prochains renouvellements de chacun des conseils de l'ordre pour lesquels les déclarations de candidature sont ouvertes à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019.

III bis (nouveau). – A. – L'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé est ratifiée.

A bis. – L'article L. 1453-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « personne », sont insérés les mots : « ~~qui assure des prestations de santé~~ » ;

2° Après le mot : « produits », sont insérés les mots : « faisant l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale » ;

A ter. – ~~Au 4° de l'article L. 1453-7 du code de la santé publique, la dernière occurrence du mot : « à » est remplacée par les références : « aux 1°, 3° et 4° de ».~~

## Texte adopté par le Sénat en première lecture

incompatibles avec celles prévues à l'article L. 4122-1-1 dudit code. »

III. – Les 1° à 3° du II entrent en vigueur à compter des prochains renouvellements de chacun des conseils de l'ordre pour lesquels les déclarations de candidature sont ouvertes à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019.

Le 1° bis AA du même II entre en vigueur lors du renouvellement du Conseil national de l'ordre des médecins prévu en 2022. Le mandat du binôme élu pour le ressort territorial du conseil interrégional Antilles-Guyane lors du renouvellement du Conseil national de l'ordre des médecins prévu en 2019 prend fin à la même date.

III bis. – A. – L'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé est ratifiée.

A bis. – L'article L. 1453-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après les mots : « à toute personne », sont insérés les mots : « assurant des prestations de santé » ;

2° Après le mot : « commercialisant », sont insérés les mots : « des produits faisant l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ou » ;

3° (nouveau) À la fin, les mots : « ou qui assure des prestations de santé » sont supprimés.

A ter A (nouveau). – L'article L. 1453-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 1453-5 », la fin du 3° est ainsi rédigée : « sous réserve qu'ils soient conformes aux obligations fixées à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale pour les spécialités et dans les conditions mentionnées par le même article L. 138-9 ; »

2° Au 4°, après le mot : « avantage », sont insérés les mots : « et sur une période déterminée ».

A ter. – L'article L. 1453-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 3°, après les mots : « à l'exception », sont insérés les mots : « des conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 et » ;

2° Le 4° est complété par les mots : « , à l'exception des étudiants en formation initiale mentionnés au 2° du même article L. 1453-4 et des associations d'étudiants mentionnées au 3° dudit article L. 1453-4 ».

A quater (nouveau). – À l'article L. 1453-11 du

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

B. – L'article L. 1454-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence : « présent chapitre » est remplacée par la référence : « chapitre III du présent titre » ;

2° Après le mot : « prévus », la fin du 1° est ainsi rédigée : « aux sections 1 à 3 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre V du code de la consommation et qui peuvent recevoir des commissions rogatoires dans les conditions prévues à l'article L. 511-4 du même code ; ».

IV. – Le titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa des articles L. 145-6 et L. 145-7-1 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant d'une section des assurances sociales d'une chambre disciplinaire de première instance s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 145-6-2 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

3° Le dernier alinéa des articles L. 145-7 et L. 145-7-4 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant d'une section des assurances sociales d'un conseil national s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. » ;

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

code de la santé publique, après le mot : « dérogation », sont insérés les mots : « et sur une période déterminée ».

B. – L'article L. 1454-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence : « présent chapitre » est remplacée par la référence : « chapitre III du présent titre » ;

2° Après le mot : « prévus », la fin du 1° est ainsi rédigée : « aux sections 1 à 3 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre V du code de la consommation et qui peuvent recevoir des commissions rogatoires dans les conditions prévues à l'article L. 511-4 du même code ; ».

III ter (nouveau). – Le chapitre unique du titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 4021-6 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Elle exerce le contrôle de ce dispositif. À cette fin, elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à ce contrôle. » ;

2° Après le 3° de l'article L. 4021-7, il est inséré un 3° bis ainsi rédigé :

« 3° bis L'Agence nationale du développement professionnel continu établit et met en œuvre le plan de contrôle du dispositif ; ».

IV, IV bis et V. – (Non modifiés)



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

4° Le deuxième alinéa des articles L. 146-6 et L. 146-7 est ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer les fonctions de président ou de président suppléant d'une section des assurances sociales d'une chambre disciplinaire s'il a atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. »

IV *bis* (nouveau). – A. – L'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine est ratifiée.

B. – L'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 précitée est ainsi modifiée :

1° (*Supprimé*)

2° Le IV de l'article 8 est ainsi rédigé :

« IV. – À l'exclusion des dispositions relatives aux demandes de modifications substantielles et à la vigilance dans les recherches, les recherches régulièrement autorisées ou déclarées à la date d'entrée en vigueur prévue au I se poursuivent conformément à la législation et à la réglementation qui leur étaient initialement applicables. Pour ces recherches, les demandes de modifications substantielles et les obligations en matière de vigilance et de mesures urgentes de sécurité sont soumises aux dispositions résultant de la présente ordonnance. »

V. – Sont ratifiées :

1° et 2° (*Supprimés*)

3° L'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

4° (*Supprimé*)

5° L'ordonnance n° 2016-967 du 15 juillet 2016 relative à la coordination du système d'agences sanitaires nationales, à la sécurité sanitaire et aux accidents médicaux ;

6° L'ordonnance n° 2016-1686 du 8 décembre 2016 relative à l'aptitude médicale à la navigation des gens de mer et à la lutte contre l'alcoolisme en mer ;

7° L'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur ;

8° (*Supprimé*)

9° L'ordonnance n° 2016-1812 du 22 décembre 2016 relative à la lutte contre le tabagisme et

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

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

à son adaptation et son extension à certaines collectivités d'outre-mer ;

10° L'ordonnance n° 2017-9 du 5 janvier 2017 relative à la sécurité sanitaire ;

11° L'ordonnance n° 2017-10 du 5 janvier 2017 relative à la mise à jour de la liste des établissements figurant à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

12° L'ordonnance n° 2017-27 du 12 janvier 2017 relative à l'hébergement de données de santé à caractère personnel ;

13° L'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire ;

14° L'ordonnance n° 2017-29 du 12 janvier 2017 relative aux conditions de reconnaissance de la force probante des documents comportant des données de santé à caractère personnel créés ou reproduits sous forme numérique et de destruction des documents conservés sous une autre forme que numérique ;

15° L'ordonnance n° 2017-44 du 19 janvier 2017 relative à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international de 2005 ;

16° L'ordonnance n° 2017-45 du 19 janvier 2017 relative aux conditions d'accès aux données couvertes par le secret médical ou le secret industriel et commercial pour le compte de l'Autorité de sûreté nucléaire et de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire et à la mutualisation de certaines fonctions d'agences sanitaires nationales ;

17° L'ordonnance n° 2017-46 du 19 janvier 2017 relative à la prise en charge de la rémunération des personnels des établissements de santé mis à disposition des inspections générales interministérielles et abrogeant les dispositions relatives aux conseillers généraux des établissements de santé ;

18° L'ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique ;

19° (*Supprimé*)

20° L'ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires ;

21° L'ordonnance n° 2017-496 du 6 avril 2017 portant extension des dispositions de l'article 45 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans les îles Wallis et Futuna, en

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

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

Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française ;

22° L'ordonnance n° 2017-734 du 4 mai 2017 portant modification des dispositions relatives aux organismes mutualistes ;

23° L'ordonnance n° 2017-1092 du 8 juin 2017 relative aux composantes de la rémunération du pharmacien d'officine ;

24° L'ordonnance n° 2017-1177 du 19 juillet 2017 portant extension et adaptation des compléments de l'allocation aux adultes handicapés à Mayotte ;

25° L'ordonnance n° 2017-1178 du 19 juillet 2017 relative à l'adaptation du code de la santé publique à Mayotte ;

26° L'ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie ;

27° L'ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

28° L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé ;

29° L'ordonnance n° 2018-21 du 17 janvier 2018 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

30° L'ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018 relative au contrôle de la mise en œuvre des dispositions du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 412-2 du code du tourisme et aux suites de ce contrôle ;

31° (*nouveau*) L'ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes ;

32° (*nouveau*) L'ordonnance n° 2016-1406 du 20 octobre 2016 portant adaptation et simplification de la législation relative à l'Établissement français du sang et aux activités liées à la transfusion sanguine ;

33° (*nouveau*) L'ordonnance n° 2017-30 du 12 janvier 2017 relative à l'égal accès des femmes et des hommes au sein des conseils d'administration et des conseils de surveillance des établissements et organismes mentionnés aux articles L. 1142-22, L. 1222-1, L. 1413-1, L. 1418-1, L. 1431-1 et L. 5311-1 du code de la santé publique.

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

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

**Article 24 (nouveau)**

~~Après le 7° du I de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :~~

« 7° bis Les personnes qui, dans les médias ou sur les réseaux sociaux, présentent un ou plusieurs produits de santé, de manière à influencer le public ; »

**Article 25 (nouveau)**

À la fin de l'article L. 4123-14 du code de la santé publique, les mots : « ~~sous la présidence~~ du président du conseil départemental de l'ordre des médecins » sont remplacés par les mots : « ~~sous la coprésidence du président du conseil départemental de l'ordre des médecins et de la présidente du conseil départemental de l'ordre des sages femmes~~ ».

**Article 26 (nouveau)**

Dans un délai de douze mois ~~à compter de~~ la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les perspectives de créer aux Antilles une faculté de médecine de plein exercice, ouverte sur l'international et susceptible de faire rayonner la médecine française sur l'arc caribéen.

**Article 27 (nouveau)**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse et sur les difficultés d'accès rencontrées dans les territoires, y compris celles liées aux refus de pratiquer une interruption volontaire de grossesse par certains praticiens.

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

**Article 24**

Le I de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 7°, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis Les personnes qui, dans les médias ou sur les réseaux sociaux, présentent un ou plusieurs produits de santé, de manière à influencer le public ; »

2° (nouveau) Le 9° est ainsi rédigé :

« 9° Les personnes morales assurant ou participant à la formation initiale ou continue ou au développement professionnel continu des professionnels de santé mentionnés au 1°. »

**Article 25**

I (nouveau). – L'article L. 4123-13 du code de la santé publique est complété par les mots : « , sous la présidence conjointe de leurs présidents ».

II. – À la fin de l'article L. 4123-14 du code de la santé publique, les mots : « du président du conseil départemental de l'ordre des médecins » sont remplacés par les mots : « conjointe de leurs présidents ».

**Article 26**

Dans un délai de douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les perspectives de créer aux Antilles une faculté de médecine de plein exercice, ouverte sur l'international et susceptible de faire rayonner la médecine française sur l'arc caribéen.

**Article 27**

*(Conforme)*