

N° 48

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

Enregistré à la Présidence du Sénat le 18 octobre 2023

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi,
adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée,
visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels,*

Par Mme Corinne IMBERT,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Xavier Iacovelli, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, M. Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouveau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 1175, 1336 et T.A. 137

Sénat : 747 (2022-2023) et 49 (2023-2024)

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| L'ESSENTIEL..... | 5 |
| EXAMEN DES ARTICLES | 17 |
| • <i>Article premier</i> Renforcer les conseils territoriaux de santé pour dynamiser la démocratie sanitaire..... | 17 |
| • <i>Article 2 (Supprimé)</i> Renforcer les conseils territoriaux de santé pour dynamiser la démocratie sanitaire..... | 21 |
| • <i>Article 2 bis</i> Instaurer un délai minimal de dix ans pour qu'un professionnel de santé puisse bénéficier à nouveau d'aides à l'installation ou d'exonérations fiscales..... | 22 |
| • <i>Article 2 ter</i> Ouvrir aux maisons de santé et cabinets libéraux en zones sous-denses le bénéfice de la mise à disposition des fonctionnaires..... | 29 |
| • <i>Article 2 quater</i> Reculer la limite de l'âge du cumul emploi-retraite pour certains professionnels de santé..... | 33 |
| • <i>Article 2 quinquies</i> Créer un indicateur territorial de l'offre de soins..... | 37 |
| • <i>Article 2 sexies</i> Élargissement des missions et de la composition des guichets uniques départementaux d'accompagnement des professionnels de santé | 41 |
| • <i>Article 2 octies</i> Rendre obligatoire l'envoi d'un préavis pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes cessant leur activité | 45 |
| • <i>Article 2 nonies</i> Demande de rapport sur les conséquences de la concentration du réseau officinal et des opérations de restructuration | 48 |
| • <i>Article 2 decies</i> Faciliter la facturation de médicaments par les antennes d'officine..... | 51 |
| • <i>Article 2 undecies</i> Simplifier les procédures d'autorisation par les agences régionales de santé dans le contexte de la réforme des autorisations pour garantir l'accès aux soins..... | 56 |
| • <i>Article 2 duodecies</i> Suppression de la majoration du ticket modérateur à l'encontre de certains patients dépourvus de médecin traitant | 61 |
| • <i>Article 3</i> Rendre automatique l'adhésion aux communautés professionnelles territoriales de santé | 68 |
| • <i>Article 3 bis A</i> Revaloriser le rôle du médecin coordonnateur en Ehpad et USLD...73 | |
| • <i>Articles 3 bis B et 3 bis C</i> Mesures visant à lever certains freins dans le fonctionnement des Sisa | 77 |
| • <i>Article 3 bis D</i> Création de la fonction d'infirmier référent..... | 84 |
| • <i>Article 3 bis</i> Intégrer les professionnels de la médecine scolaire dans les communautés professionnelles territoriales de santé..... | 88 |
| • <i>Article 4</i> Accroître la participation des établissements de santé à la permanence des soins..... | 91 |
| • <i>Article 4 bis</i> Renforcer la permanence des soins ambulatoires..... | 105 |
| • <i>Article 5</i> Extension du contrat d'engagement de service public..... | 108 |
| • <i>Articles 5 bis et 5 ter</i> Renforcer la prise en compte des besoins de santé du territoire dans la détermination du nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de santé | 112 |
| • <i>Article 5 quater</i> Précision des modalités d'affectation des stages de quatrième année de diplôme d'études spécialisées de médecine générale..... | 116 |

| | |
|---|------------|
| • Article 5 quinquies Protéger la sécurité et la santé des étudiants du troisième cycle des études médicales en stage..... | 121 |
| • Article 5 sexies Expérimenter l'orientation des lycéens résidant dans un désert médical vers les études de santé..... | 124 |
| • Article 6 Diverses mesures portant sur la gouvernance et l'organisation territoriale de l'hôpital public..... | 127 |
| • Article 6 bis A Procédure simplifiée de constitution d'un nouveau GHT par des établissements..... | 134 |
| • Article 6 bis B Participation des parlementaires aux conseils de surveillance d'établissements de santé nationaux..... | 136 |
| • Article 6 ter Validation des nominations des candidats au concours externe organisé pour le recrutement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au titre de 2019..... | 138 |
| • Article 7 Interdiction d'exercer en intérim en début de carrière dans les établissements de santé et médico-sociaux et dans les laboratoires de biologie médicale..... | 142 |
| • Article 8 Renforcer le contrôle financier sur les cliniques privées, leurs satellites et les sociétés qui les contrôlent..... | 153 |
| • Article 8 bis Contrôle des groupes de cliniques privées par les agences régionales de santé et les corps d'inspection..... | 155 |
| • Articles 9 et 10 Mieux intégrer les praticiens diplômés hors Union européenne dans notre système de santé..... | 157 |
| • Article 10 bis Rénover le dispositif de droit commun de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne..... | 165 |
| • Article 10 ter Demande de rapport sur le recrutement des professionnels en établissements de santé..... | 169 |
| • Article 10 quater Demande de rapport sur le déroulement des études médicales et paramédicales et la situation statutaire des étudiants..... | 170 |
| • Article 11 (Supprimé) Gage financier de la proposition de loi..... | 173 |
| EXAMEN EN COMMISSION..... | 175 |
| RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)..... | 205 |
| LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES..... | 207 |
| LA LOI EN CONSTRUCTION..... | 213 |

L'ESSENTIEL

La proposition de loi, composée de trente-neuf articles transmis par l'Assemblée nationale, se présente comme un **ensemble disparate de mesures touchant tour à tour à l'organisation des soins de ville, aux études de santé et à l'hôpital.**

Malgré un calendrier d'examen déraisonnable et **l'insuffisance manifeste** de ce texte pour répondre aux défis décisifs auxquels est confronté notre système de santé, **la commission a adopté la proposition de loi** après l'avoir sensiblement amendée.

I. DES MESURES INÉGALES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS EN VILLE

A. QUELQUES ÉVOLUTIONS JUDICIEUSES AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Jugeant celles-ci susceptibles de contribuer à l'amélioration de la coordination des professionnels et de l'accès aux soins des patients, la commission a favorablement accueilli quelques-unes des mesures portant réforme de l'organisation des soins de ville.

Il en est allé ainsi, d'abord, de la **création de la fonction d'infirmier référent**, chargé d'une mission de prévention et de suivi, à l'article 3 *bis* D. Considérant qu'il s'agissait d'une reconnaissance importante du rôle de la profession dans la coordination et le suivi des patients, la commission a adopté ces dispositions, après les avoir toutefois amendées pour réserver le dispositif aux patients auxquels il est le plus utile : ceux souffrant d'une affection de longue durée nécessitant des soins infirmiers récurrents et prolongés.

Afin de **lutter contre le nomadisme des professionnels de santé**, l'article 2 *bis* limite à une fois tous les dix ans l'octroi de certaines aides à l'installation et exonérations fiscales au bénéfice des professionnels de santé. S'il convient de rappeler que le nomadisme n'est le fait que d'une minorité de professionnels, les abus constatés en la matière doivent cesser : c'est pourquoi la commission a adopté cet article en élargissant son champ à d'autres dispositifs de soutien à l'installation.

La commission a également adopté l'article 2 *decies*, qui vise à **permettre enfin le lancement effectif de l'expérimentation des antennes d'officine**, autorisée par le législateur en 2020. Elle a toutefois souhaité circonscrire les dérogations prévues dans le cadre de cette expérimentation à celles qui lui étaient strictement nécessaires.

L'article 2 *duodecies* fait œuvre utile en **supprimant la majoration du ticket modérateur** et des tarifs des spécialistes hospitaliers **pour les assurés dont le médecin traitant a pris sa retraite ou déménagé lors des douze derniers mois**. Alors que, fin 2022, six millions de Français n'avaient pas de médecin traitant, cette mesure, déjà appliquée par certaines CPAM sans base légale protectrice, permettra davantage d'équité entre les assurés sans porter une atteinte excessive aux incitations à respecter le parcours de soins coordonnés.

En réponse au déficit de temps médical dans les structures de long séjour, l'article 3 *bis* A propose de **revaloriser le rôle du médecin coordonnateur dans les Ehpad et USLD**. Le suivi médical des résidents lui est explicitement confié, avec l'objectif sous-jacent de renforcer l'attractivité de l'exercice médical dans les structures de long séjour. L'évolution des profils des résidents, qui exige une présence médicale accrue, justifie d'investir le médecin coordonnateur d'une véritable mission de soin.

Toutefois, la commission a considéré que la possibilité de désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant présentait un risque de désengagement des médecins libéraux du suivi des résidents. La commission a considéré que cette mesure n'avait pas été suffisamment instruite ; à l'initiative de sa rapporteure, elle l'a donc supprimée.

| |
|--|
| <p><i>Selon la direction générale de la cohésion sociale, en 2020, 1 610 Ehpad ne disposaient pas de temps de médecin coordonnateur.</i></p> |
|--|

Quant à l'article 2 *sexies*, il prévoit l'extension des missions et de la composition des guichets uniques départementaux, qui associeront désormais, en plus des ARS et des ordres, les collectivités territoriales et les CPAM afin d'accompagner les professionnels de santé dans l'ensemble de leurs démarches. Pour autant que les guichets uniques disposent des moyens nécessaires pour garantir leur réactivité, ces dispositions vont dans le bon sens en allégeant la charge administrative des professionnels de santé.

B. SUR L'ORGANISATION DES SOINS DE VILLE, DES MESURES EN TROMPE-L'ŒIL

1. L'ambition déçue de la démocratie sanitaire : des évolutions sans envergure pour les conseils territoriaux en santé

L'article 1^{er} affiche l'objectif audacieux de consolider la démocratie sanitaire en s'appuyant sur les conseils territoriaux de santé (CTS). L'organisation de l'offre de soins dans les territoires souffre en effet d'une structuration complexe : la diversité des acteurs et la superposition des périmètres d'actions engendrent un défaut de lisibilité et un émiettement des initiatives.

Dans ce contexte, cette proposition de loi aurait pu constituer une opportunité pour libérer les initiatives des acteurs de la santé dans les territoires. **Pourtant, l'article 1^{er} ne propose que des évolutions décevantes.** S'il ouvre utilement la possibilité de redéfinir les limites des territoires de démocratie sanitaire, que la proposition de loi renomme territoires de santé, il ne confie aucun nouveau moyen d'action au CTS.

Plusieurs amendements de simplification ont donc été adoptés, supprimant les alinéas qui se bornent à des précisions rédactionnelles ou à rappeler les dispositifs existants. La commission a aussi souhaité conserver au CTS une composition resserrée plutôt que pléthorique, centrée sur les acteurs du soin, en y ajoutant la participation des conseils des ordres professionnels.

Les CTS comptent déjà 34 à 50 membres, répartis en quatre collèges auxquels s'ajoutent deux personnalités qualifiées.

2. Une adhésion automatique aux CPTS contreproductive et rejetée par les acteurs

L'article 3 de la proposition entendait automatiser l'adhésion des professionnels aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Inutile dans la mesure où les professionnels de santé demeureront libres de s'opposer à une telle adhésion et de sortir des CPTS, comme de toute association, cette mesure a été **dénoncée par l'ensemble des acteurs du système de soins entendus par la rapporteure.**



CPTS en septembre 2023



de la population couverte

La commission soutient le développement des CPTS en tant que structures d'exercice coordonné, susceptibles d'améliorer l'organisation des soins de ville comme la structuration du parcours de soin et, *in fine*, l'accès des patients à un professionnel de santé. Elle observe d'ailleurs que le nombre de CPTS a largement augmenté ces dernières années, certaines d'entre elles se révélant particulièrement actives dans la coordination des professionnels d'un territoire et la réponse aux besoins de santé.

La commission a toutefois jugé **contreproductives les dispositions de l'article 3**, susceptibles de décourager les acteurs de s'investir dans les CPTS, conçues depuis 2016 comme un outil souple de coordination à la main des professionnels de santé. Elle a donc supprimé cet article.

La commission a, en revanche, favorablement accueilli l'article 3 *bis* qui **permet l'intégration des professionnels de la médecine scolaire dans les CPTS** et contribue, ainsi, modestement à la coordination des interventions des professionnels de la santé de l'enfant. Jugeant que la diversité des professionnels de santé scolaire ne se réduisait pas au corps médical, elle a adopté un amendement étendant ces dispositions à l'ensemble des acteurs de la santé scolaire.

C. EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS, DES RUSTINES SANS VÉRITABLE COHÉRENCE D'ENSEMBLE

Faute d'initiative du Gouvernement digne de l'enjeu que constitue l'accès aux soins pour nos territoires, différents articles additionnels insérés à l'Assemblée nationale tentent, comme autant de pansements sur une jambe de bois, d'apporter des réponses ponctuelles et de bon sens au phénomène de désertification médicale.

L'article 2 *quater* **rehausse l'âge limite de départ à la retraite pour les médecins exerçant en cumul emploi-retraite en établissement de santé**, et applique aux centres de santé les mêmes âges limites dérogatoires qu'en établissement, fixés à 75 ans pour les médecins et 72 ans pour les infirmiers au lieu de 67 ans.

Cela permettra aux professionnels qui le souhaitent de continuer à exercer au service des patients, contribuant ainsi à maintenir l'offre de soins. Il est toutefois regrettable que les effets attendus de cette mesure ne puissent être quantifiés, faute d'étude d'impact.

Si l'**article 2 octies**, qui prévoit de rendre obligatoire l'envoi d'un préavis pour les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes cessant leur activité, a paru laisser penser à tort que les professionnels ne préparent pas leur départ, il a toutefois été adopté par la commission après réduction du délai à trois mois. Le délai initial de six mois apparaissait, en effet, inadapté aux contraintes pouvant peser sur les professionnels et à la situation des salariés.

Consciente du rôle que doivent être amenées à jouer les maisons de santé pluriprofessionnelles dans la structuration de l'offre de soins, la commission a adopté les **articles 3 bis B et 3 bis C**, visant à lever certains obstacles à la création et à la gestion des sociétés qui les abritent le plus fréquemment, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa). Afin de préserver un équilibre adéquat entre protection des créanciers et sécurisation des associés en Sisa, la commission a adopté un amendement visant à limiter la responsabilité des associés à deux fois le montant de leurs apports, en lieu et place d'une responsabilité aujourd'hui illimitée.

D. DE NOMBREUSES MESURES INOCCORTUNES SUPPRIMÉES PAR LA COMMISSION

L'**article 2 quinquies** proposait de créer un indicateur territorial de l'offre de soins. La commission a supprimé cet article jugé inopportun. En effet, de nombreuses données statistiques existent, qui permettent de documenter précisément les inégalités d'accès aux soins sans qu'il ne soit nécessaire de faire peser le poids d'autres travaux sur les agences régionales de santé (ARS).

Fidèle à la position du Sénat sur la proposition de loi relative aux outils de lutte contre la désertification médicale des collectivités, la commission a supprimé l'**article 2 ter** du texte, qui entendait ouvrir aux maisons de santé et aux cabinets libéraux en zones sous-denses le bénéfice de la mise à disposition de fonctionnaires, pourtant dans leur grande majorité non formés aux métiers de la santé.

L'**article 4 bis** prétendait rétablir l'obligation, pour les professionnels, de participer à la permanence des soins ambulatoires. Il revenait, ainsi, sur des dispositions votées il y a quelques mois, à l'occasion de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, qui n'ont pas encore produit tous leurs effets. Jugeant la portée juridique de ces dispositions très incertaine et une nouvelle modification du cadre juridique de la PDSA précipitée, la commission a supprimé ces dispositions.

II. SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, DES AJUSTEMENTS SANS AMBITION

A. UN RÉÉQUILIBRAGE ENGAGÉ DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUI DEMEURE À PRÉCISER

La permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) est aujourd'hui assurée principalement par les établissements publics. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et centres hospitaliers universitaires assurent l'essentiel des lignes de gardes.

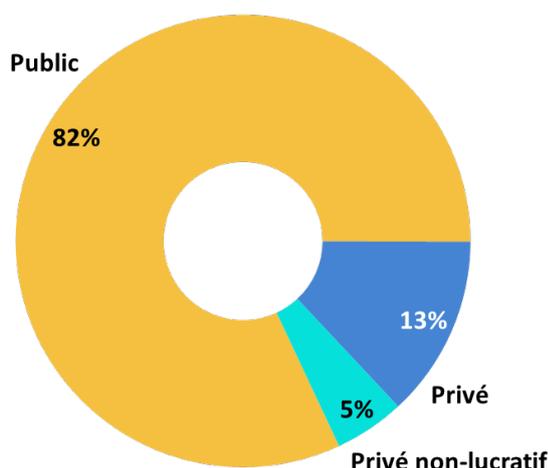
Faisant suite à la volonté du président de la République d'un rééquilibrage de la gestion de la permanence des soins avec une plus grande contribution du secteur privé, l'article 4 modifie les dispositions applicables à la PDSSES afin de prévoir que **tant les établissements de santé que les praticiens qui y exercent peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer ou contribuer à la permanence des soins.**



lignes de permanence des soins en établissements

Source : Rapport Igas 2023, enquête sur 14 ARS

Répartition des gardes par secteurs d'hospitalisation



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après rapport Igas

La commission partage l'intention d'une meilleure répartition de la charge entre les établissements publics et privés et donc entre leurs praticiens.

Cependant, à l'initiative de la rapporteure, la commission a souhaité insister sur :

- **la gradation que doit comprendre le dispositif**, avec des initiatives des établissements et une responsabilité des établissements avant celle de leurs praticiens ;

- le souci que doivent avoir les directeurs généraux d'ARS dans l'organisation de la PDSSES, en veillant à **éviter un gaspillage de ressources médicales** et **prévenir des modalités de répartition nécessitant en réalité le maintien des lignes de recours**.

Elle a en outre souhaité supprimer la mission nouvelle donnée aux GHT d'organisation et de mise en œuvre de la PDSSES.

B. DES AJUSTEMENTS MODESTES MAIS BIENVENUS SUR LE STATUT ET LA GOUVERNANCE DES HÔPITAUX PUBLICS

L'article 6 prévoit en premier lieu d'ouvrir un **droit d'option permettant aux groupements hospitaliers de territoire d'être dotés de la personnalité morale**. Si la commission soutient, comme elle l'avait fait en 2020, cette avancée, elle a veillé à sécuriser le principe de subsidiarité et la préoccupation d'un partage opportun des compétences entre GHT et établissements parties. Concernant également les GHT, la commission n'a pas souscrit au dispositif simplifié de création prévu à l'article 6 bis A, qu'elle a supprimé.

L'article 6 modifie en outre les **compétences du conseil de surveillance** en prévoyant de **nouvelles délibérations ou avis rendus, notamment sur les orientations budgétaires** des établissements. La commission a veillé à une répartition cohérente de ces missions. Enfin, la commission a simplifié les dispositions applicables à la **participation des parlementaires au conseil de surveillance des hôpitaux**, que vient modifier l'article 6 bis B.

Sans risque de blocage de la gestion de l'établissement, le conseil de surveillance de l'hôpital voit son rôle modestement renforcé, principalement sur les aspects budgétaires.

C. LA REPRISE DE DIFFÉRENTS « CAVALIERS SOCIAUX » DU PLFSS 2023

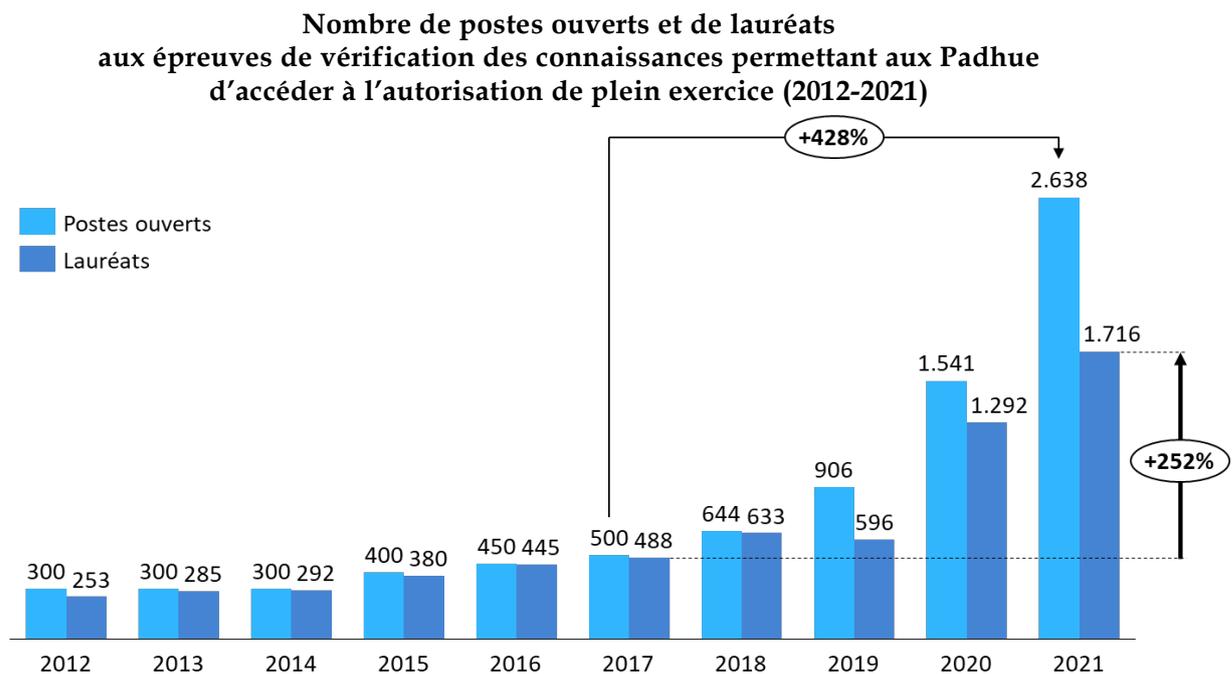
Trois articles reprennent des mesures qui figuraient dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 mais qui ont été censurées par le Conseil constitutionnel qui a estimé qu'elles constituaient des « cavaliers sociaux ». L'article 2 *undecies* vise ainsi par exemple à procéder à des **ajustements nécessaires** à la bonne mise en œuvre de la **réforme des autorisations** d'activités de soins et d'équipements matériels lourds.

L'article 7 reprend l'interdiction d'intérim proposée en 2022. La commission a maintenu la position définie lors du dernier PLFSS et en cohérence a prévu un **dispositif de signalement** aux agences régionales de santé des manques de personnels obérant la capacité des établissements à assurer leur activité. Elle a également souhaité ouvrir un **plafonnement de l'exercice sous forme de contrat de mise à disposition à tout moment de la carrière**.

Enfin, les **articles 8 et 8 bis** renforcent les compétences des juridictions financières et des inspections générales dans leur **contrôle des cliniques privées** et des groupes contrôlant ou détenant des établissements.

D. UN ASSOUPPLISSEMENT DES PROCÉDURES APPLICABLES AUX PRATICIENS À DIPLÔME HORS UNION EUROPÉENNE (PADHUE)

Le texte comporte plusieurs dispositions réformant les procédures d'autorisation d'exercice et les conditions de séjour applicables aux Padhue, qui étaient initialement incluses dans le projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, déposé par le Gouvernement, en début d'année au Sénat.



1. L'approbation des attestations provisoires mais le renvoi des nouvelles cartes de séjour au projet de loi « immigration »

L'article 9 de la proposition de loi crée **une nouvelle procédure d'autorisation provisoire d'exercice**, en autorisant la délivrance, après avis d'une commission comprenant notamment des représentants de l'ordre compétent, d'une attestation provisoire d'exercice pour treize mois, renouvelables une fois, à des Padhue n'ayant pas encore réussi les épreuves de vérification des connaissances (EVC). La mesure pouvant contribuer à améliorer l'attractivité de la procédure pour les Padhue et à répondre aux besoins de recrutement, importants, des hôpitaux, **la commission a adopté cet article**. Elle a toutefois souhaité encadrer davantage la procédure prévue et garantir l'équité dans le traitement des candidats en prévoyant que la commission émettant un avis devrait être nationale pour les pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

L'article 10 **proposait la création de deux cartes de séjour** « *talent – professions médicales et de la pharmacie* » d'une durée de treize mois et quatre ans destinées, d'une part, aux Padhue bénéficiant des nouvelles attestations provisoire d'autorisation d'exercice et, d'autre part, à ceux qui ont réussi les EVC et devraient donc se trouver durablement autorisés à exercer. **Jugeant que ces dispositions relèvent** de la compétence de la commission des lois, et dans la mesure où celle-ci les a déjà instruites à l'occasion de l'examen **du projet de loi « immigration »**, **la commission a supprimé** du texte ces dispositions.

2. La réforme de la procédure de droit commun d'autorisation d'exercice

L'article 10 *bis* **réforme la procédure d'autorisation de droit commun applicable aux Padhue**, en permettant notamment une modulation de la durée du parcours de consolidation des compétences (PCC) après avis de la commission nationale d'autorisation d'exercice, pour les pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, et d'une commission régionale pour les médecins.

La commission a approuvé ces dispositions, en renforçant toutefois les garanties prévues par deux amendements :

- supprimant la commission régionale prévue pour les médecins, et confiant entièrement la compétence de modulation du PCC à la commission nationale d'autorisation d'exercice ;

- et fixant dans la loi que la commission nationale d'autorisation d'exercice doit être majoritairement composée de professionnels de santé.

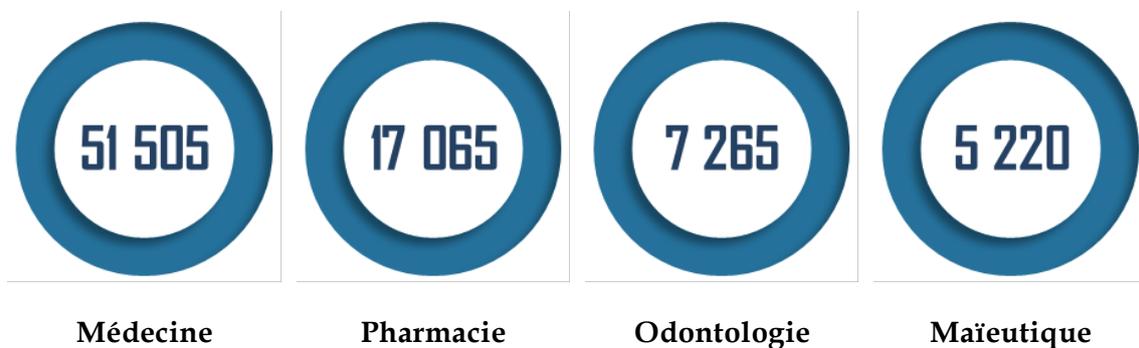
III. DES MESURES ÉPARSES SUR LES ÉTUDES DE SANTÉ

A. QUELQUES DISPOSITIFS UTILES DE SOUTIEN AUX ÉTUDIANTS...

La commission a favorablement accueilli, d'abord, l'article 5 étendant le contrat d'engagement de service public aux étudiants en pharmacie et en maïeutique, et permettant à tous d'en bénéficier dès la deuxième année du premier cycle. La commission a jugé ces évolutions souhaitables, en ce qu'elles sont susceptibles de renforcer un dispositif utile à l'amélioration de l'accès aux soins.

L'article 5 *bis* visait à faire des besoins de santé le critère prioritaire dans la fixation des objectifs pluriannuels d'admission, devant les capacités de formation. Partageant cet objectif mais soucieuse de préserver la qualité de formation des étudiants dans une période ayant déjà vu le nombre d'étudiants fortement augmenter, la commission a réécrit l'article. Celui-ci prévoit désormais que les objectifs pluriannuels seront fixés selon le critère unique des besoins de santé, mais dans la limite des capacités de formation. Elle appelle le Gouvernement à adapter ces capacités aux besoins constatés dans les territoires.

Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former (période 2021-2025)



Alors que diverses enquêtes montrent une dégradation préoccupante de la santé des étudiants en médecine, l'article 5 *quinquies* vise à responsabiliser l'ensemble des acteurs de la formation des étudiants, y compris les structures d'accueil en stage ambulatoire en matière de sécurité et de santé au travail. Sensible à cette question, la commission a adopté un amendement à l'initiative de la rapporteure, permettant d'inclure les étudiants du deuxième cycle des études de médecine dans ce dispositif.

Pour contribuer à la lutte contre les déserts médicaux, l'article 5 *sexies* propose de mettre en œuvre une expérimentation visant à orienter les lycéens issus de déserts médicaux vers des études en santé. Cette mesure, à laquelle adhèrent les organisations syndicales représentatives des étudiants, pourrait constituer un levier utile pour agir sur l'installation des praticiens à long terme. La commission l'a adoptée sans modification.

B. ...ET DES MESURES QUE LA COMMISSION N'A PAS JUGÉES PERTINENTES

En revanche, plusieurs dispositions relatives aux études de santé n'ont pas paru judicieuses à la commission.

Il en va ainsi de l'**article 5 ter**, visant à mieux tenir compte des besoins de santé dans la fixation des objectifs pluriannuels de formation, qui est apparu largement satisfait en droit. À l'initiative de sa rapporteure, la commission l'a supprimé.

L'**article 5 quater** visait à préciser les modalités d'attribution des stages de la quatrième année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, en prévoyant que les offres de stage en zone sous-dense sont systématiquement les premières à être pourvues. Ces dispositions sont, en réalité, difficilement applicables au regard des modalités de répartition habituelles des stages de troisième cycle. Modifiant un dispositif voté il y a moins d'un an, qui n'a pas vocation à s'appliquer avant 2026, ces dispositions sont apparues précipitées. La commission les a supprimées.

La commission a également supprimé l'**article 10 quater**, qui consistait en une demande de rapport du Parlement portant sur le déroulement des études médicales et paramédicales ainsi que sur la situation statutaire des étudiants.

Réunie le mercredi 18 octobre 2023 sous la présidence de Philippe Mouiller, **la commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, modifiée par 44 amendements.**

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier

Renforcer les conseils territoriaux de santé pour dynamiser la démocratie sanitaire

Cet article propose de renommer les territoires de démocratie sanitaire en territoires de santé, de modifier la composition des conseils territoriaux de santé (CTS) et de renforcer les missions qu'ils exercent.

La commission a adopté cet article modifié par quatre amendements proposés par la rapporteure.

I - Le dispositif proposé

A. Les territoires de démocratie sanitaire : une recherche de cohérence territoriale dans l'organisation de l'offre de soins

Depuis la loi n° 2016-241 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'article L. 1434-9 du code de la santé publique¹ dispose que l'agence régionale de santé (ARS) délimite les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région. Sur chaque territoire de démocratie sanitaire, le directeur général de l'ARS constitue un conseil territorial de santé (CTS) afin d'en assurer l'animation. À ce jour, la plupart des CTS ont une dimension départementale.

Selon le I de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, le CTS est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Le CTS veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il garantit en son sein la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

¹ Section 3 « Territoires et conseils territoriaux de santé » du Chapitre IV « Territorialisation de la politique de santé » du titre III « Agences régionales de santé » du Livre IV « Administration générale de la santé » de la Première partie législative « Protection générale de la santé ».

La composition du CTS est précisée à l'article R. 1434-33 du code de la santé publique ; il indique que les CTS comptent 34 à 50 membres, répartis en quatre collèges auxquels s'ajoutent deux personnalités qualifiées¹.

Les missions du CTS sont plus particulièrement définies au II de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, tandis que le III porte sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé. Le CTS participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé, en s'appuyant sur les acteurs du territoire, notamment les CPTS, sur les contrats locaux de santé, les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire, des établissements de santé privés et des établissements médicosociaux. Le CTS contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé (PRS).

B. Le renforcement de la capacité d'initiative des acteurs par le CTS pour approfondir la territorialisation des politiques de santé

1. Les territoires de santé : un périmètre d'action assoupli confié aux acteurs locaux

Le présent article propose de modifier **l'article L. 1434-9 du code de la santé publique**, d'une part pour **transformer** les territoires de démocratie sanitaire **en territoires de santé** et d'autre part, pour permettre aux membres siégeant au sein des CTS de redéfinir leurs limites géographiques, en lien avec l'ARS, afin d'assurer un équilibre et une solidarité entre les territoires en matière d'accès aux soins. Ces modifications de l'article L. 1434-9 précité doivent permettre de libérer la capacité d'initiative des acteurs, qui apprécient quelle est l'échelle d'action la plus appropriée pour répondre aux spécificités du territoire et aux besoins de santé locaux.

2. Les conseils territoriaux de santé : une composition élargie pour animer la démocratie sanitaire

Le présent article propose également de modifier **l'article L. 1434-10 du code de la santé publique** pour **faire évoluer la composition des CTS**. Le second alinéa de cet article du code est donc remplacé par quinze alinéas qui énumèrent la liste des membres du CTS. Désormais, la participation du représentant de l'État dans le département, du directeur de l'ARS, des directeurs des organismes locaux d'assurance maladie est explicitement prévue.

¹ L'article R. 1434-33 du code de la santé publique mentionne les quatre collèges suivants : collège des professionnels et offreurs des produits de santé (20 à 28 membres) ; collège des usagers et associations d'usagers (6 à 10 membres) ; collège des collectivités territoriales ou de leurs groupements (4 à 7 membres) ; collège des représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale (2 à 3 membres).

De plus, l'actuelle mention des « *différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire* » est précisée : le CTS intègre des représentants des établissements de santé et médico-sociaux, des maisons et centres de santé, des CPTS, des professionnels de santé, du guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé et des usagers. Enfin, la participation d'un membre du comité de massif est supprimée.

3. Les missions du CTS précisées pour dynamiser la capacité d'action des territoires

La modification de l'article L. 1434-10 précité porte également sur **les missions des CTS** qui se trouvent renforcées.

Le premier alinéa de l'article est complété pour insister sur la responsabilité collective des acteurs du territoire qui œuvrent à l'amélioration de la santé de la population et, désormais, à la prise en charge optimale et à l'accès aux soins des patients.

Le **II de l'article L. 1434-10**, qui prévoit que le CTS participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé, est complété de deux alinéas précisant :

- que le CTS élabore le PRS, en assure le suivi, l'évaluation et la mise en œuvre et définit « *les objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins* » ainsi que « *les objectifs prioritaires en matière de prévention et d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité* » ;

- qu'au moins une fois par an, le directeur général de l'ARS présente au CTS ses observations sur l'état de santé de la population et l'offre de soins disponible sur le territoire.

Le **III de l'article L. 1434-10 précité** est également complété afin que « *toute autre zone caractérisée, au moment du diagnostic territorial partagé, par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* » fasse partie des zones qui font l'objet d'une attention particulière, de même que les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les zones de montagne et les zones de revitalisation rurale.

En revanche, seraient supprimées les dispositions prévoyant d'une part que, le PRS est initié par au moins une CPTS dont le projet de santé a été validé, et d'autre part, que « *les projets territoriaux de santé font l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé* ».

Enfin, le présent article propose la création d'**un article L. 1434-10-1**, selon lequel les professionnels de santé membres des CTS s'organisent pour répondre aux objectifs fixés par le PRS et veillent à réduire les inégalités de densité démographique des différentes professions de santé.

Lorsque l'organisation proposée ou les ressources disponibles ne permettent pas de répondre aux besoins, le directeur général de l'ARS, après consultation du CTS, peut prendre des mesures pour améliorer l'accès aux soins en s'appuyant sur :

- les acteurs de santé du territoire, notamment les établissements de santé et médico-sociaux, pour proposer une offre de soins de premier recours, le cas échéant en salariant des médecins ;

- l'organisation de consultations avancées de médecins dans les zones sous-denses ;

- la mise en place de dispositifs incitatifs favorisant l'installation des professionnels de santé ou l'amélioration de l'accès aux soins ;

- la mobilisation de dispositifs conventionnels.

II - La position de la commission

L'organisation de l'offre de soins et de la démocratie sanitaire dans les territoires souffre d'une structuration complexe : multiplicité des acteurs, émiettement des initiatives, superposition des périmètres d'actions sont autant de facteurs qui freinent la dynamique d'une construction collective de l'offre de soins à l'échelle du territoire.

Si la commission souscrit au constat du défaut de lisibilité du cadre actuel et à la nécessité de consolider la démocratie en santé à l'échelle locale, elle s'est interrogée sur l'équilibre à trouver entre une volonté d'inclusion la plus large possible, visant à refléter la diversité des acteurs de l'offre de soins, et les contraintes de fonctionnement qui peuvent en résulter, susceptibles de brider l'efficacité de l'action locale.

Considérant que la loi fixe un cadre général et que la réglementation permet de détailler la qualité des membres siégeant au CTS, la commission a souhaité préserver une rédaction proche de celle actuellement en vigueur, tout en précisant que les catégories d'acteurs du système de santé du territoire appelés à y participer incluent des représentants des ordres professionnels compétents.

En outre, la commission a émis un avis réservé concernant l'apport réel de ce texte à la dynamique territoriale, dès lors que les précisions rédactionnelles relatives aux missions du CTS ne permettent pas réellement de le doter de nouveaux moyens d'actions, mais se contentent de détailler les objectifs qu'il poursuit. De même, la création de l'article L. 1434-10-1 ne propose pas de nouveau dispositif d'action mais se borne à rappeler les outils dont dispose déjà le directeur de l'ARS pour organiser l'offre et favoriser l'accès aux soins.

En conséquence, à l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté quatre amendements ayant pour objet :

- de renvoyer au pouvoir réglementaire la composition des CTS, globalement préservée et simplement enrichie de la participation des conseils départementaux des ordres professionnels compétents, et de supprimer des aménagements rédactionnels que la commission n'a pas jugés pertinents (**amendement COM-37**) ;

- de supprimer les dispositions précisant que le CTS élabore le projet territorial de santé (**amendement COM-38**) ;

- de compléter l'alinéa 30, qui prévoit que le directeur de l'ARS présente des observations sur l'état de santé de la population et sur la situation de l'offre de soins, en mentionnant l'organisation de la permanence des soins (**amendement COM-39**) ;

- de supprimer des ajouts qui ne faisaient que rappeler le droit existant (**amendement COM-40**).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 (Supprimé)

**Renforcer les conseils territoriaux de santé
pour dynamiser la démocratie sanitaire**

Cet article propose de modifier l'article L. 1434-10 du code de la santé publique pour élargir la composition des conseils territoriaux de santé.

La commission a maintenu la suppression.

I - Le dispositif proposé

L'article 2 prévoit de compléter la liste des membres siégeant en conseil territorial de santé (CTS), actuellement inscrite au II de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique. La participation du représentant de l'État dans le département, du directeur de l'ARS, des directeurs des organismes locaux d'assurance maladie, est explicitement prévue. De plus, certaines catégories d'acteurs du territoire, membres du CTS, sont précisées : les représentants des établissements de santé et médico-sociaux, des maisons et centres de santé, des CPTS, des professionnels de santé libéraux et des usagers sont ainsi expressément mentionnés.

II - La position de la commission

Cet article a été supprimé lors de son examen en commission. Ses dispositions ont été intégrées dans l'article 1^{er}.

La commission a maintenu la suppression.

Article 2 bis

Instaurer un délai minimal de dix ans pour qu'un professionnel de santé puisse bénéficier à nouveau d'aides à l'installation ou d'exonérations fiscales

Cet article propose de limiter à une fois tous les dix ans l'octroi de diverses aides à l'installation ou exonérations fiscales au bénéfice de professionnels de santé.

La commission a adopté cet article avec modification afin de préciser et de sécuriser le dispositif.

I - Le dispositif proposé

A. Une multitude d'incitations financières se superposent, visant à aboutir à une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins

1. La répartition territoriale de l'offre de soins est insuffisamment égalitaire

Malgré une **demande de soins croissante**, liée à une démographie dynamique mais vieillissante - la population française s'est accrue de 2,5 millions d'habitants depuis 2010, et son âge moyen est en hausse de deux ans sur la période - **l'offre médicale tend à décroître** en conséquence de la déformation de la pyramide des âges médicale sous l'effet de l'application du *numerus clausus*, dont la suppression en 2019 ne pourra pas produire d'effet significatif avant la décennie 2030.

Conséquence de cette baisse de l'offre médicale, **l'accessibilité potentielle localisée à des consultations de médecins généralistes**, qui chiffre le nombre de consultations disponibles par an et par habitant sur chaque territoire en fonction de ses caractéristiques propres, a **reculé dans 86 départements entre 2015 et 2021**. Pour 8,9 millions d'habitants, soit 13 % de la population, l'offre médicale est inférieure à 2,5 consultations par an - seuil retenu pour caractériser une offre médicale insuffisante.

S'ajoute le problème de la répartition territoriale des médecins : **dans dix départements, l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à 75 % de la moyenne nationale**.

Si, pour d'autres professions de santé, l'accessibilité potentielle localisée a eu tendance à progresser depuis 2016, le problème de leur **répartition insuffisamment égalitaire** se pose dans les mêmes termes que pour les médecins. Par exemple, **dans 37 départements, l'APL aux infirmiers libéraux est inférieure à 75 % de la moyenne nationale**.

Le législateur a souhaité consacrer dans la loi, à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, l'existence de « **zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins** », dites zones sous-denses.

2. Pour aboutir à une meilleure répartition territoriale de l’offre de soins, diverses incitations financières ont été prévues par le législateur, gérées de manière éclatée

Afin de répondre à l’enjeu de la juste répartition des professionnels de santé sur le territoire, la Cnam, les ARS et les collectivités territoriales se sont mobilisées pour financer des aides à l’installation des professionnels de santé.

La Cnam est le principal financeur des dispositifs prévus en vue de favoriser le développement de l’offre de soins en zone sous-dense. La convention médicale de 2016 a donné lieu à la création de **quatre types de contrats d’aide pour les médecins**, dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-après. Parmi eux, **le contrat d’aide à l’installation des médecins (CAIM) est spécialement conçu comme une aide à l’installation en zone sous-dense**, et ne peut être versé qu’une fois aux termes de l’article 4.2 de la convention médicale. En 2022, près de 5 000 contrats avaient été signés, pour un montant d’environ 30 millions d’euros.

Tableau récapitulatif des aides proposées par la Cnam aux médecins libéraux

| | CAIM | Coscom | Cotram | CSTM |
|---------------------|--|---|---|---|
| Intitulé | Contrat d’aide à l’installation des médecins | Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins | Contrat de transition pour les médecins | Contrat de solidarité territoriale médecins |
| Bénéficiaire | Médecin de secteur 1 qui s’installe ou installé en zone fragile depuis moins d’un an | Médecin conventionné, déjà installé en zone fragile et en exercice coordonné (en groupe, en CPTS ou en ESP) | Médecin âgé de 60 ans et plus, conventionné, en zone fragile | Médecin conventionné installé hors d’une zone fragile |
| Engagements | Exercer une activité libérale à temps plein (au moins 2,5 jours / semaine) et participer à la permanence des soins ambulatoire sur le territoire | Exercer une activité libérale conventionnée en zone identifiée par l’ARS comme fragile | Accueillant au sein de son cabinet un médecin conventionné de moins de 50 ans exerçant en libéral, s’installant ou installé depuis moins d’un an dans la zone | Exercer au minimum 10 jours par an en zone fragile, selon des modalités souples |

| | CAIM | Coscom | Cotram | CSTM |
|-------|--|---|--|---|
| Aide | 50 000 € si au moins 4 jours d'exercice libéral par semaine, dégressif Majoration pour exercice partiel en hôpital de proximité | 5 000 €/ an Majoration pour exercice partiel en hôpital de proximité | Valorisation de 10 % des honoraires conventionnés, plafonnée à 20 000 € / an | Valorisation de 10 % des honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone |
| Durée | 5 ans, non renouvelables | 3 ans, renouvelable tacitement | 3 ans, renouvelable 1 fois | 3 ans, renouvelable tacitement |

Sources : Rapport n° 99, tome II (2022-2023) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, Pascale Gruny, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno et Philippe Mouiller portant sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, Caisse nationale d'assurance maladie, DSS

Les conventions nationales conclues avec d'autres professions de santé comportent également des dispositifs incitatifs à l'exercice dans les zones où l'offre de soins est en tension. C'est le cas de la **convention nationale des infirmiers libéraux** qui prévoit, depuis l'entrée en vigueur de l'avenant n° 6, trois contrats incitatifs en remplacement du contrat incitatif infirmier : **le contrat d'aide à l'installation infirmier, le contrat d'aide à la première installation infirmier** et le contrat d'aide au maintien infirmier.

Les deux premiers sont des contrats d'aide à l'installation et prévoient respectivement le versement de 27 500 euros et 37 500 euros sur cinq ans, en contrepartie du respect d'un engagement à exercer au moins cinq ans en zone dite « très sous-dotée » en exercice coordonné, d'y faire 50 % de son activité libérale en ayant un honoraire annuel sans dépassement supérieur à 10 000 euros la première année puis 30 000 euros les années suivantes, et d'être éligible au forfait d'aide modernisation et informatisation du cabinet (Fami). **Un infirmier ne peut bénéficier qu'une fois du contrat d'aide à l'installation infirmier**, aux termes de l'article 3.3.1.1 de la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.

En supplément, l'article L.1511-8 prévoit que **les collectivités territoriales et leurs groupements puissent distribuer des aides** pour favoriser l'installation ou le maintien en zones sous-denses de professionnels de santé, sur la base de conventions. Par exemple, le département du Loir-et-Cher propose **une aide à l'achat de 50 % sur les dépenses de matériel professionnel** pour tout médecin primo-installé qui s'engagerait à y exercer 3 ans. La région Île-de-France propose une aide similaire à la primo-installation. **D'autres collectivités proposent une mise à disposition de locaux ou d'un logement.**

Enfin, les agences régionales de santé gèrent le **contrat de début d'exercice (CDE)** – un contrat conclu pour une durée de trois ans avec les médecins volontaires non installés ou exerçant depuis moins d'un an, consistant en une garantie de revenus et à une protection sociale renforcée en contrepartie d'un exercice en zone sous-dense ou à proximité d'une zone sous-dense. Ce contrat de début d'exercice a remplacé, à compter du 1^{er} avril 2021, quatre dispositifs préexistants, gérés par les ARS¹. Seuls 703 contrats ont été signés depuis sa mise en œuvre effective, pour un coût de 5 millions d'euros.

3. En complément des dispositifs dédiés spécifiquement aux professionnels de santé, ceux-ci bénéficient d'exonérations fiscales applicables à toute entreprise s'installant dans certaines zones prioritaires

Afin de dynamiser l'activité économique sur certaines zones prioritaires, le législateur a créé des **exonérations d'impôt sur les revenus ou d'impôt sur les sociétés au bénéfice des entreprises créées sur ces territoires**. Ces exonérations concernent à la fois les **zones de revitalisation rurale (ZRR)** et les **zones franches urbaines – territoires entrepreneurs (ZFU-TE)**, et s'appliquent aux professionnels de santé exerçant en libéral.

Pour les professionnels de santé, les exonérations pour les activités en ZRR, dont le régime est défini à l'article 44 *quindecies* du code général des impôts, et pour les activités en ZFU-TE, dont le régime est défini à l'article 44 *octies* A du même code, sont similaires.

Il s'agit, dans les deux cas, d'une **exonération totale d'impôt sur le revenu (IR) ou d'impôt sur les sociétés (IS) d'une durée de cinq ans**. À l'issue de ces périodes, **seule une fraction des bénéfices est imposée à l'IR ou à l'IS pour une durée de trois ans**. Pour les activités exercées en ZRR, 25 % des bénéfices sont imposables au cours de la sixième année, puis 50 % au cours de la septième et 75 % au cours de la huitième. Pour celles en ZFU-TE, 40 % des bénéfices sont imposables au cours de la sixième année, puis 60 % au cours de la septième et 80 % au cours de la huitième.

Certains produits restent imposables, tant pour l'exonération en ZRR² que pour celle en ZFU-TE³. En ZFU-TE, le bénéfice exonéré ne peut, de plus, excéder 50 000 euros par contribuable sur douze mois, majorés de 5 000 euros par salarié embauché pour au moins six mois à temps plein et domicilié dans une ZFU-TE ou dans un quartier prioritaire de la ville.

¹ Le contrat de praticien de médecine générale, le contrat de médecine ambulatoire, le contrat de praticien isolé à activité saisonnière et le contrat de praticien territorial médical de remplacement.

² Plus-values constatées lors de la réévaluation d'éléments d'actif.

³ Produits et résultats de cession des actions ou parts des sociétés n'exerçant pas en ZFU-TE, subventions, libéralités et abandons de créance, produits tirés des droits de propriété intellectuelle et commerciale lorsque ces droits n'ont pas leur origine dans l'activité exercée en ZFU-TE, produits de créances et d'opérations financières pour la fraction excédant le montant des frais financiers engagés.

Afin de lutter contre d'éventuels effets d'aubaine, le législateur a restreint le cumul ou l'octroi à nouveau de ces exonérations :

- il n'est pas possible de bénéficier de l'exonération en ZRR si, dans les cinq années précédentes, le professionnel a bénéficié de l'exonération en ZFU-TE ; et réciproquement ;

- si le professionnel bénéficiaire cesse son activité en ZRR (respectivement en ZFU-TE) et reprend une activité en ZRR (en ZFU-TE), il est éligible à l'exonération concernée **pour une durée amputée de la durée d'exonération dont il a déjà été bénéficiaire** au titre de sa précédente activité.

À ces exonérations d'IR et d'IS s'ajoutent celles visant uniquement l'IS, dont peuvent bénéficier les professions libérales et médicales qui y sont soumises. Il existe des exonérations d'IS dans les bassins d'emploi à redynamiser (exonération totale pendant cinq ans), dans les zones d'aides à finalité régionale (exonération totale pendant deux ans, puis de 75 %, 50 % et 25 % les trois années suivantes) et dans les zones de restructuration de la défense (exonération totale pendant cinq ans, puis de deux tiers et un tiers des bénéfices les deux années suivantes).

B. Le « nomadisme médical », pratique minoritaire mais témoin de dérives existantes

Les divers dispositifs prévus pour favoriser l'attractivité des territoires prioritaires pour les professionnels de santé font l'objet d'une **gestion éclatée entre différents acteurs**, ce qui **nuît à la cohérence et à l'efficacité des dépenses publiques ainsi engagées**.

Un tel manque de coordination entre les différentes aides à l'installation ouvre des **opportunités financières pour une frange minoritaire de professionnels de santé, qui en tirent un profit excessif**. Les professionnels concernés déménagent fréquemment leur activité de sorte à bénéficier à plusieurs reprises des aides à l'installation.

Cette pratique dite du « nomadisme médical » est **dénoncée par de nombreuses collectivités territoriales** en ce qu'elle contribue à accentuer une concurrence délétère entre les territoires pour attirer des professionnels de santé. **Cela préjudicie doublement aux administrés des collectivités concernées** : cette concurrence, en mettant sous tension les budgets, fait pression à la hausse sur la fiscalité locale, tout en échouant à offrir aux administrés une offre de soins pérenne.

C. L'article 2 bis propose de limiter à une fois tous les dix ans l'octroi des aides à l'installation au bénéfice des professionnels de santé

Le présent article, introduit par la commission des affaires sociales, qui résulte de l'adoption de trois amendements identiques soutenus par le groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux et déposés par Yannick Favennec-Bécot (*Horizons et apparentés*), Philippe Vigier (*Démocrates*) et Guillaume Garot (*Socialistes et apparentés*), vise à limiter à une fois tous les dix ans l'octroi de certaines aides à l'installation au bénéfice des professionnels de santé. Les députés auteurs entendent ainsi lutter contre le « nomadisme médical ».

À cette fin, le présent article définit une **liste d'aides et d'exonérations qui ne peuvent être octroyées aux professionnels de santé en ayant déjà bénéficié qu'à l'expiration d'un délai de dix ans.**

Cette mesure concerne ainsi :

- aux termes du 1°, **les aides à l'installation financées par les collectivités territoriales** et leurs groupements mentionnées à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales ;

- également aux termes du 1°, **le contrat de début d'exercice** proposé par les ARS et mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique ;

- aux termes du 2°, **l'exonération d'impôt** sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés au bénéfice des entreprises créées ou reprises entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2023 en **zone de revitalisation rurale** ;

- aux termes du 3°, **les aides financières à la primo-installation mentionnées dans la convention médicale.**

Le quatrième alinéa du présent article précise que les conditions de son application seront déterminées par décret.

Il convient toutefois de noter que la restriction à une fois tous les dix ans de l'octroi des aides à l'installation dont peuvent bénéficier les professionnels de santé ne s'applique pas, à ce stade, à l'ensemble d'entre elles. Les exonérations d'IR et d'IS pour les activités en ZFU-TE ne sont par exemple pas incluses à ce stade.

A contrario, le présent article limite à une fois tous les dix ans l'octroi d'aides qui, **par leur nature même**, ne peuvent être attribuées qu'une unique fois. Il en va ainsi du **contrat de début d'exercice**, réservé aux médecins non installés ou exerçant depuis moins d'un an ; ou encore **des aides à la primo-installation mentionnées dans la convention médicale**, qui ne se rapportent à aucune aide en vigueur.

II - La position de la commission

La commission **souscrit aux intentions du dispositif proposé**. Quand bien même **la pratique du « nomadisme » est très minoritaire** chez les professionnels de santé, ce qu'il convient de souligner, la commission **partage l'objectif de lutter contre certains abus observés**, préjudiciables au premier chef aux assurés.

Cet article, qui ne suscite pas d'opposition marquée chez la plupart des syndicats de professionnels auditionnés - le syndicat des médecins libéraux en « *compre[n]d la philosophie* » tandis qu'il semble « *pertinent* » à la fédération nationale des infirmiers - devra toutefois **voir les conditions de son application précisées par décret**. Il importera alors de définir certaines exceptions à la limitation à une fois tous les dix ans de l'octroi des aides à l'installation. Le syndicat ReAGJIR estime ainsi qu'« *il pourrait être intéressant de prévoir un système exceptionnel de dérogation dans les cas particuliers* », notamment, comme le propose la fédération nationale des étudiants en soins infirmiers, pour « *des raisons médicales, un divorce ou un rapprochement familial* ».

La rapporteure s'est particulièrement interrogée sur l'inclusion au sein du dispositif des aides versées par les collectivités territoriales, qui semble à ce stade **peu opérationnelle** dans la mesure où une collectivité pourrait avoir des difficultés à **vérifier si un professionnel a bénéficié**, dans les dix dernières années, d'aides émanant d'une autre collectivité. **Les conditions d'application de cet article aux aides versées par les collectivités territoriales devront donc faire l'objet d'une attention particulière** dans le décret d'application.

Sous ces réserves, la commission a apporté son soutien au dispositif, qu'elle a amendé, à l'initiative de sa rapporteure, **par un amendement COM-41**. Celui-ci vise, outre certaines précisions rédactionnelles, à **inclure dans le champ de l'article les exonérations d'impôt sur le revenu ou sur les sociétés dans les autres zones à régime fiscal dérogatoire**, à **commencer par les ZFU-TE**, et à **en exclure le contrat de début d'exercice**, qui ne peut pas être conclu plus d'une fois.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 ter

Ouvrir aux maisons de santé et cabinets libéraux en zones sous-denses le bénéfice de la mise à disposition des fonctionnaires

Cet article propose d'ouvrir, sous conditions, le bénéfice de la mise à disposition de fonctionnaires aux maisons de santé et aux cabinets libéraux en zones sous-denses.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Le bénéfice de la mise à disposition de fonctionnaires est aujourd'hui réservé à une liste restreinte d'entités de droit public ou exerçant une mission de service public

La mise à disposition désigne, pour un fonctionnaire titulaire ou un agent contractuel territorial en contrat à durée indéterminée¹, la **position d'activité en dehors de son administration de rattachement** dans laquelle l'agent est réputé occuper son emploi². Elle est régie par les articles L. 512-6 à L. 512-17 du code général de la fonction publique, ainsi que par l'article L. 516-1 du même code.

La mise à disposition suppose un accord tripartite³ entre, d'une part, un agent volontaire et, d'autre part, l'administration d'origine et l'entité d'accueil du fonctionnaire, lesquelles doivent établir une **convention de mise à disposition**⁴ visant à préciser le cadre de la mise à disposition, notamment sa durée, qui ne peut dépasser trois ans renouvelables.

La mise à disposition constitue, avec le détachement et la disponibilité, **une des options ouvertes à un agent public volontaire pour partir en mobilité**. La mise à disposition se distingue toutefois en ce que l'agent public concerné est placé dans les mêmes conditions professionnelles que s'il restait administrativement rattaché à son administration d'origine : celle-ci continue de verser la rémunération de l'agent mis à disposition dans les mêmes conditions qu'avant son départ⁵, et l'agent continue de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite.

Cela s'explique par le fait que **l'agent mis à disposition est réputé occuper son emploi tout en exerçant en dehors de son administration de rattachement**.

¹ Article L. 516-1 du code général de la fonction publique.

² Article L. 512-6 du même code.

³ Article L. 512-7 du même code.

⁴ Article L. 512-7 du même code.

⁵ Article L. 512-6 du même code.

Toutefois, en principe, le traitement et les cotisations versés par l'administration d'origine font l'objet d'un **remboursement par l'entité d'accueil**, dans des conditions définies par la convention de mise à disposition¹.

Par exception, **la convention de mise à disposition peut déroger au principe du remboursement** des traitements et cotisations versés lorsque **l'entité d'accueil d'un fonctionnaire mis à disposition fait partie d'une liste limitative**² incluant notamment, pour les fonctionnaires d'État, les administrations de l'État et ses établissements publics administratifs.

Principales différences entre la mise à disposition, le détachement et la disponibilité

| | Mise à disposition | Détachement | Disponibilité |
|--|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Versement de la rémunération | Administration d'origine | Entité d'accueil | Entité d'accueil |
| Niveau de la rémunération | Identique à celui touché dans l'administration d'origine, sauf complément éventuel | Déterminé par l'entité d'accueil | Déterminé par l'entité d'accueil |
| Droits à l'avancement et à la retraite | Conservation des droits | Conservation des droits | Absence de conservation des droits |
| Durée | 3 ans maximum renouvelables | 5 ans maximum renouvelables | 3 ans renouvelables |

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Du fait que les agents mis à disposition sont réputés occuper leur emploi en dehors de leur administration de rattachement, le législateur a entendu **limiter les entités pouvant en bénéficier** afin d'assurer un lien nécessaire entre l'activité de l'agent dans l'entité d'accueil et des missions de service public.

¹ Articles L. 512-11, L. 512-15 et L. 512-17 du code général de la fonction publique.

² Cette liste est établie aux articles L. 512-11, L. 512-15 et L. 512-17 du code général de la fonction publique. Elle comprend, pour tous les fonctionnaires, un groupement d'intérêt public, une organisation internationale intergouvernementale, une institution ou un organe de l'Union européenne, un État étranger et l'administration d'une collectivité publique ou d'un organisme public relevant de cet État, et, pour les fonctionnaires de l'État une administration ou un établissement public administratif de l'État ; pour les fonctionnaires territoriaux, entre une collectivité et un établissement public administratif dont elle est membre ou qui lui est rattaché et le conseil supérieur de la fonction publique territoriale ; et pour les fonctionnaires hospitaliers, un groupement de coopération sanitaire.

Aux termes de l'article L. 512-8 du code général de la fonction publique, cette liste inclut, pour tous les fonctionnaires :

- les administrations de l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics y compris les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, et les groupements dont ils sont membres ;

- les groupements d'intérêt public ;

- les organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'État, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes ;

- les organisations internationales intergouvernementales ;

- une institution ou un organe de l'Union européenne ;

- les États étrangers, l'administration d'une collectivité publique ou un organisme public relevant de ces États ou des États fédérés, à la condition que l'intéressé conserve, par ses missions, un lien fonctionnel avec son administration d'origine.

S'y ajoutent, pour les fonctionnaires territoriaux, le conseil supérieur de la fonction publique territoriale, et pour les fonctionnaires hospitaliers des entreprises liées à l'établissement d'origine par un contrat de délégation de service public ou soumis au code de la commande publique.

Enfin, à titre expérimental pour cinq ans, les fonctionnaires de l'État et des collectivités de plus de 3 500 habitants ainsi que les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) peuvent être mis à disposition des organismes d'intérêt général mentionnés au *a* du 1° de l'article 238 *bis* du code des impôts, d'associations ou de fondations reconnues d'utilité publique, sous des conditions mentionnées à l'article 209 de la loi dite « 3DS »¹.

Les agents contractuels territoriaux peuvent, quant à eux, notamment être mis à disposition d'établissements publics placés auprès de la commune dont ils dépendent, de la commune dont dépend leur établissement public, d'une commune du ressort de l'EPCI qui les emploie.

L'ensemble des entités pouvant bénéficier d'une mise à disposition d'un agent public sont donc, soit des personnes morales de droit public, soit des entités chargées d'une mission de service public, soit, à titre expérimental et sur un champ circonscrit, des entités sans but lucratif.

¹ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

B. Le présent article vise à ouvrir, sous conditions, le bénéfice de la mise à disposition de fonctionnaires aux maisons de santé ou cabinets libéraux situés en zone sous-dense

Le présent article a été introduit en commission par deux amendements identiques déposés par Laurent Marcangeli et Paul Christophe, cosignés par plusieurs de leurs collègues du groupe *Horizons et apparentés*.

Cet article vise à **ouvrir le bénéfice de la mise à disposition de fonctionnaires aux maisons de santé et aux cabinets libéraux situés en zones sous-denses, sous réserve qu'ils remplissent certaines conditions.**

Le 1° porte une coordination juridique à l'article L. 512-7 du code général de la fonction publique, afin de supprimer la référence au 8° de l'article L. 512-8 du même code, qui n'existe pas.

Le 2° complète par des 8° et 9° l'article L. 512-8 du code général de la fonction publique, qui liste les entités au bénéfice desquelles peut être prononcée la mise à disposition d'un fonctionnaire, quel que soit le versant de la fonction publique auquel il appartient.

Le 8° de l'article L. 512-8 du code général de la fonction publique, que l'article 2 *ter* se propose de créer, **autorise la mise à disposition auprès d'un cabinet libéral en zone sous-dense sous deux conditions : la participation à la mission de service publique de permanence des soins ambulatoires, et un changement de résidence professionnelle** depuis moins de trois mois. Quant au 9°, il se propose d'autoriser la mise à disposition d'un fonctionnaire **auprès d'une maison de santé située en zone sous-dense** dès lors que la moitié au moins des médecins y exerçant participent à la mission de service publique de permanence des soins ambulatoires.

Le 3° se propose de créer un nouvel article L. 512-8-1 dans le code général de la fonction publique afin de **limiter à trois mois, renouvelables deux fois**, le bénéfice de la mise à disposition pour les cabinets libéraux et les maisons de santé.

Ce dispositif est très proche de celui de la proposition de loi relative aux outils de lutte contre la désertification médicale des collectivités, rejetée par le Sénat le 16 mars 2023. La principale différence réside dans le champ d'application de la disposition : limitée aux fonctionnaires territoriaux dans la proposition de loi rejetée par le Sénat, **il est étendu aux fonctionnaires des trois versants de la fonction publique** dans la présente proposition de loi.

II - La position de la commission

La commission s'est montée **circonspecte** sur cet article, qui ne semble **pas apporter une réponse opportune aux problèmes d'offre de soins.**

Ce dispositif, qui « *ne résoudra pas les difficultés principales* » s'opposant aux médecins en zones sous-denses selon le syndicat ReAGJIR, **ne correspond pas à une demande forte des médecins libéraux** qui pourraient en être bénéficiaires, **inquiets par le manque de formation des personnels qui pourraient être mis à disposition**, principalement des agents territoriaux de catégorie C ne disposant pas nécessairement d'expérience préalable en matière de santé.

Il ne répond pas davantage aux attentes des collectivités territoriales, qui craignent que le dispositif conduise à **alimenter une concurrence néfaste pour l'attractivité des professionnels de santé**, tout en mettant sous pression leurs ressources humaines dans un contexte marqué par des difficultés de recrutement significatives.

Dès lors, **le Sénat avait rejeté**, le 16 mars 2023 **un dispositif très proche** de celui porté par le présent article.

Par conséquent, à l'initiative de sa rapporteure, **la commission a adopté un amendement COM-42 portant suppression de cet article.**

La commission a supprimé cet article.

Article 2 quater

Reculer la limite de l'âge du cumul emploi-retraite pour certains professionnels de santé

Cet article propose de repousser, jusqu'en 2035, à 75 ans l'âge limite d'exercice en cumul emploi-retraite pour les médecins en établissement public de santé.

De plus, il entend étendre aux centres de santé gérés par des collectivités territoriales ou leurs groupements la limite d'âge dérogatoire pour les médecins et infirmiers en cumul emploi-retraite déjà prévue transitoirement en établissement public de santé jusqu'en 2035.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel.

I - Le dispositif proposé

A. Une limite d'âge dérogatoire du droit commun de la fonction publique s'applique transitoirement aux médecins et infirmiers exerçant en cumul emploi-retraite en établissement public de santé

1. La limite d'âge dans la fonction publique est, en principe, fixée à 67 ans

Les agents publics se voient appliquer une limite d'âge pour l'exercice de leurs fonctions, au lendemain duquel la radiation des cadres est prononcée.

Hors cas dérogatoires, celle-ci est fixée à 67 ans, à l'article L. 556-1 du code général de la fonction publique pour les fonctionnaires occupant un emploi ne relevant pas de la catégorie active et à l'article L. 556-11 du même code pour les agents contractuels. **La même limite d'âge s'applique, par ailleurs, aux praticiens hospitaliers** nés après le 1^{er} janvier 1955 aux termes de l'article R. 6152-328 du code de la santé publique.

Les fonctionnaires occupant **un emploi de la catégorie active**, quant à eux, se voient appliquer une **limite d'âge qui ne peut dépasser 67 ans**, fixée à 62 ans sauf pour les personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire (57 ans)¹, les contrôleurs aériens (59 ans)², et les fonctionnaires actifs de la police nationale (entre 57 et 62 ans, selon les cas)³.

Cette limite d'âge **ne trouve toutefois pas à s'appliquer de manière absolue** et de nombreuses dérogations ont été prévues par le législateur. D'une part, le fonctionnaire occupant un emploi ne relevant pas de la catégorie active peut demander à son administration l'autorisation d'être maintenu en fonction jusqu'à l'âge de 70 ans⁴. D'autre part, **l'administration doit maintenir en fonction les agents publics dans les cas suivants, lorsqu'ils en font la demande :**

- **les agents publics dont la carrière est incomplète**⁵, c'est-à-dire les agents ayant cotisé un nombre de trimestres insuffisant pour ouvrir droit à une retraite à taux maximum. Ces derniers peuvent alors **demander à travailler au-delà de l'âge limite** pour une durée qui ne saurait dépasser dix trimestres, ni permettre au fonctionnaire d'excéder le nombre de trimestres requis pour avoir une retraite au taux maximum ;

- certains agents **du fait de leur situation familiale**. La limite d'âge est reculée d'une année pour les agents qui étaient, à cinquante ans, parents de trois enfants, aux termes des articles L. 556-3 et L. 556-12 du code général de la fonction publique. De même, une année supplémentaire est ajoutée à la limite d'âge par enfant à charge percevant l'allocation aux adultes handicapés ou pour lesquels l'agent perçoit des prestations familiales, dans la limite de trois ans⁶. Enfin, les fonctionnaires comptant parmi les ascendants, ayant élevé ou entretenu un enfant mort pour la France peuvent travailler une année supplémentaire par enfant décédé⁷.

¹ Article L. 556-9 du code général de la fonction publique.

² Article L. 556-10 du même code.

³ Article L. 556-8 du même code.

⁴ Article L. 556-1 du même code.

⁵ Articles L. 556-5 et L. 556-13 du même code.

⁶ Article L. 556-2 et L. 556-12 du même code.

⁷ Article L. 556-4 du même code.

2. Une limite d'âge dérogatoire s'applique, transitoirement, pour les médecins et infirmiers exerçant en cumul emploi-retraite en établissement public de santé

Afin de pallier les conséquences d'une **démographie médicale et soignante défavorable**, le législateur a entendu appliquer des **limites d'âge dérogatoires et spécifiques à certaines professions de santé** exerçant sous statut d'agent public.

D'une part, les agents contractuels employés en qualité de médecin de prévention ou de médecin du travail se voient appliquer une limite d'âge à 73 ans, une disposition prévue par la loi de finances pour 2023.

D'autre part, les **médecins et infirmiers exerçant sous statut de contractuel en cumul emploi-retraite en établissement public de santé** ne se voient pas appliquer les dispositions de l'article L. 556-11 du code général de la fonction publique fixant l'âge limite pour les contractuels à 67 ans, mais un âge limite dérogatoire, fixé à 72 ans. Cette disposition concerne à la fois les professionnels retraités du privé cumulant leur pension avec des vacances en établissement de santé et les professionnels retraités du public. **Introduite transitoirement¹** à l'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique jusqu'au 31 décembre 2022, cette disposition dérogatoire a été **prolongée par la LFSS pour 2023 jusqu'au 31 décembre 2035**.

Lors de l'examen du PLFSS pour 2023, le Gouvernement indiquait² qu'environ **1 000 médecins et entre 400 et 500 infirmiers** exercent aujourd'hui dans les établissements publics de santé sous statut de contractuel en cumul emploi-retraite (CER).

B. Le présent article propose de reculer la limite de l'âge du cumul emploi-retraite pour certains professionnels de santé

Le présent article a été introduit en commission à l'Assemblée nationale par un amendement déposé par Jérémie Patrier-Leitus et plusieurs de ses collègues du groupe *Horizons et apparentés*, puis élargi en séance publique par le même auteur.

En son 1°, il modifie l'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique afin de **reporter de 72 à 75 ans l'âge limite applicable aux médecins exerçant en cumul emploi-retraite en établissement public de santé**. Il laisse toutefois inchangé à 72 ans l'âge limite applicable aux infirmiers exerçant dans les mêmes conditions.

¹ Par la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

² Amendement n° 2624.

En son 2°, il complète l'article 138 de la loi relative à la politique de santé publique précitée afin de **rendre applicable la limite d'âge** prévue pour les médecins et infirmiers en cumul emploi-retraite dans les établissements publics de santé à ceux **exerçant dans des centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements**. Les médecins et infirmiers en cumul emploi-retraite concernés par la limite d'âge dérogatoire sont les suivants :

- **les médecins et infirmiers retraités du privé**, qu'ils aient été salariés ou libéraux, exerçant des activités de vacation en établissement public de santé ou en établissement ou service social ou médico-social, mentionnés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ;

- **les médecins et infirmiers retraités du privé**, qu'ils aient été salariés ou libéraux, exerçant dans des zones sous-denses au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, mentionnés au 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ;

- les médecins et infirmiers **retraités du public**, mentionnés à l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

II - La position de la commission

La commission souscrit à l'intention qui a motivé l'insertion du présent article, par ailleurs **soutenu par le Conseil national de l'ordre des médecins**, considérant que la **mobilisation des médecins et infirmiers volontaires pour exercer en cumul emploi-retraite** constitue une partie de la réponse à adopter pour **soutenir le niveau de l'offre de soins**.

Elle accueille favorablement l'application de l'âge limite dérogatoire aux centres de santé gérés par les collectivités territoriales et leurs groupements, qui permettra de **lever un verrou normatif** et d'offrir aux médecins et infirmiers qui le souhaitent la **possibilité de poursuivre leur activité au service des patients** au-delà de la limite d'âge de droit commun, comme en établissement public de santé.

Le rehaussement de l'âge limite dérogatoire s'appliquant aux médecins en cumul emploi-retraite sous statut d'agent public répond aux enjeux du maintien de la démographie médicale, et est notamment soutenu par la DGOS. Le fait que ce dernier ne s'applique pas aux infirmiers, ce qui ne constitue au demeurant pas une demande forte des syndicats auditionnés par la rapporteure, apparaît justifié tant par les contraintes physiques inhérentes au métier d'infirmier que par une démographie moins défavorable. La commission s'est donc montrée également favorable aux évolutions de l'âge limite dérogatoire portées par le texte.

La commission maintient toutefois ses interrogations, exprimées à l'occasion de l'examen du PLFSS pour 2023, concernant le caractère transitoire de ces dispositions, qui ont vocation à s'appliquer jusqu'en 2035.

À l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté un **amendement COM-43**, dont l'objet est rédactionnel.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 quinquies
Créer un indicateur territorial de l'offre de soins

Cet article propose de créer un indicateur territorial de l'offre de soins évaluant la densité de l'offre de soins des territoires. Cet indicateur constitue un outil d'aide à l'élaboration des orientations de la politique de soins, notamment du projet régional de santé.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Divers indicateurs contribuent à l'objectivation des inégalités territoriales de santé

1. Éclairer la décision politique pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins

Les dernières études de la Drees¹ témoignent d'une dégradation de l'accessibilité aux soins de premier recours pour les médecins généralistes et d'une accentuation générale de ces inégalités en France. En effet, les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès à 1,5 consultation par an en moyenne contre 5,7 consultations par an en moyenne pour les 10 % de la population les mieux dotés. L'accessibilité à un médecin généraliste est ainsi 3,7 fois plus faible pour les 10 % les moins bien dotés que pour les 10 % les mieux dotés. En revanche, l'accessibilité aux professions de sages-femmes, d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes s'améliore entre 2016 et 2019, malgré des inégalités de répartition de l'offre plus importantes que pour les médecins généralistes².

La mesure de l'inégale répartition de l'offre de soins et de l'inégale accessibilité aux soins de premier recours constitue un prérequis pour éclairer la décision politique et œuvrer à un meilleur accès aux soins.

Il revient aux agences régionales de santé (ARS) de réguler et d'organiser l'offre de soins et de veiller à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins réponde aux besoins de santé de la population.

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

² Drees, Accessibilité aux soins de premier recours, 1^{er} décembre 2022.

2. Un paysage de données déjà bien étoffé

Les données relatives à la densité des professionnels de santé sur un territoire, régulièrement actualisées par les ordres professionnels, donnent une lecture des inégalités d'implantation de l'offre. Rapprochées de données démographiques et socio-économiques, elles permettent de disposer d'un diagnostic territorial affiné.

Les inégalités territoriales d'accès aux soins font également l'objet de travaux de la Drees s'appuyant sur l'accessibilité potentielle localisée (APL). Indicateur développé par la Drees et l'Iirdes¹ en 2012, l'APL a depuis été révisée dans l'optique de construction des zonages des professionnels de santé, qui visent à favoriser l'installation en zone sous-dense et à réguler l'installation en zone sur-dense.

L'APL, croisant des données de l'Assurance maladie et de l'Insee², met en relation le niveau d'offre implantée à l'échelle d'une commune et la demande de soins des communes environnantes. Son intérêt réside dans le maillage territorial fin qu'il autorise, pour les professions médicales et paramédicales³ libérales. Toutefois, cet indicateur présente des limites : il ne prend pas en compte l'offre hospitalière ni la totalité des professions de santé, les médecins spécialistes et les pharmaciens en étant exclus.

B. La création d'un nouvel indicateur traduit le souci d'une meilleure régulation territoriale de l'offre de soins

1. Le périmètre de l'indicateur proposé

Le présent article, qui propose de créer un nouvel indicateur territorial de l'offre de soins, est issu de quatre amendements identiques adoptés par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à l'initiative du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux⁴, qui ont reçu un avis défavorable du rapporteur. Il complète de trois alinéas la rédaction de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique⁵.

Le premier alinéa précise que le nouvel indicateur « *évalue la densité de l'offre de soins des territoires, pondérée par leur situation démographique, sanitaire, économique et sociale* ». Il revêt une dimension prospective, prenant en compte les évolutions anticipées de l'offre de soins résultant de la démographie des professions de santé.

¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

² Institut national de la statistique et des études économiques.

³ Médecins généralistes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes ; infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes.

⁴ Amendements proposés par Joël Aviragnet (groupe Socialistes et apparentés), Guillaume Garot (groupe Socialistes et apparentés), Yannick Favennec-Bécot (groupe Horizons et apparentés) et Delphine Batho (groupe Écologiste - Nupes) ainsi que plusieurs de leurs collègues.

⁵ L'article L. 1411-11 du code de la santé publique prévoit que l'accès aux soins de premier recours est défini dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité, et organisé dans le cadre du schéma régional de santé (SRS). Le SRS est une composante du projet régional de santé.

Cet indicateur, actualisé une première fois dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, est mis à jour tous les deux ans par l'ARS, en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Lors de la séance publique, la fréquence d'actualisation de l'indicateur a été abaissée d'une base annuelle à une base bisannuelle.

Le premier alinéa précise également l'objectif poursuivi par cet indicateur, en indiquant qu'il constitue un outil d'aide à l'élaboration des documents d'orientation de la politique de soins, notamment du projet régional de santé (PRS¹). Les débats en première lecture à l'Assemblée nationale montrent en effet le souci des députés de disposer d'un outil « à jour », permettant de guider les décisions politiques et de les ajuster à l'échelle locale en fonction de l'évolution des données d'accès aux soins.

2. Un format resserré à l'occasion de l'examen en séance publique

Dans la version du texte adoptée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, l'indicateur revêtait un caractère prescriptif. En effet, l'article L. 1411-11 précité devait être complété d'un deuxième alinéa indiquant qu'un décret d'application serait publié, après avis de la Haute Autorité de santé, pour déterminer un niveau minimal d'offre de soins à atteindre dans chaque spécialité dans les territoires sous-dotés.

Cet alinéa ayant été supprimé lors de l'examen en séance publique, le caractère prescriptif de l'indicateur a disparu pour ne lui conserver qu'une dimension descriptive, assortie d'une finalité d'appui décisionnel à l'ARS.

De même, ont été supprimés lors de l'examen en séance publique les alinéas complétant la rédaction de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, donnant compétence au directeur de l'ARS pour arrêter l'offre de soins à pourvoir par spécialité médicale dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

II - La position de la commission

La commission, soucieuse de l'objectivation des inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins, constate l'existence d'une diversité d'indicateurs et de statistiques permettant d'appréhender ces déséquilibres de façon assez complète et précise. L'apport d'un nouvel indicateur serait donc pour le moins limité.

¹ Le PRS, dont le contenu est défini à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, comprend le schéma régional de santé établi pour une durée de cinq années, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Elle note par ailleurs que le périmètre de l'indicateur a été restreint, lors de l'examen en séance publique, aux seules professions mentionnées aux livres I^{er} et II de la quatrième partie du code de la santé publique, c'est-à-dire aux professions de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et aux professions de la pharmacie et de la physique médicale, alors qu'il intégrait les professions paramédicales lors de l'examen en commission. Cela limite l'ambition de disposer d'un diagnostic le plus exhaustif possible.

De plus, la fréquence élevée d'actualisation de l'indicateur nécessitera de mobiliser des moyens humains conséquents et une expertise technique dont ne disposent pas nécessairement les ARS.

Enfin, la commission s'interroge sur l'opportunité d'une mesure à caractère législatif, la création d'un indicateur territorial de l'offre de soins pouvant le cas échéant être renvoyée à la compétence du pouvoir réglementaire.

Pour ces raisons, l'intérêt de la création d'un nouvel indicateur de l'offre de soins n'a pas convaincu la commission. À l'initiative de sa rapporteure, elle a adopté un **amendement COM-44** supprimant le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 2 sexies

Élargissement des missions et de la composition des guichets uniques départementaux d'accompagnement des professionnels de santé

Cet article entend conférer davantage de poids aux guichets uniques départementaux d'accompagnement des professionnels de santé. Il élargit ses missions, aujourd'hui circonscrites à l'aide à l'installation, afin d'en faire un guichet d'accompagnement des professionnels de santé pour l'ensemble de leurs démarches administratives tout au long de leur carrière. Il modifie également la composition des guichets uniques départementaux, pour adjoindre aux services de l'agence régionale de santé et aux instances territorialement compétentes des ordres professionnels, les collectivités territoriales et leurs groupements, ainsi que la caisse primaire d'assurance maladie.

La commission a adopté cet article avec une modification rédactionnelle.

I - Le dispositif proposé

A. Le guichet unique départemental d'accompagnement à l'installation des professionnels de santé, une création récente visant à mieux informer les professionnels de santé sur les aides auxquelles ils sont éligibles pour leur installation, et à simplifier leurs démarches administratives

1. Le foisonnement d'aides à destination des professionnels de santé, émanant de divers acteurs, nuit à la lisibilité des dispositifs

Face à la raréfaction de l'offre de soins et à une démographie de professionnels de santé défavorable, la Cnam, les ARS et les collectivités territoriales financent diverses aides à destination des professionnels de santé.

Le législateur a ainsi consacré à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique la notion de « zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins », définies par le directeur général de l'ARS par arrêté, et dans lesquelles sont prévus des « dispositifs d'aide » afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins.

Dans ce cadre, la Cnam propose depuis 2017 trois types de contrats d'aide à différents publics de médecins souhaitant s'installer ou exercer en zone sous-dense : le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), le contrat de stabilisation et de coordination des médecins (Coscom)¹.

S'ajoutent des **aides spécifiques pour le recrutement d'assistants médicaux** par les médecins libéraux exerçant en secteur 1 ou en secteur 2 avec engagement de modération tarifaire.

Par le **contrat de début d'exercice**, le contrat d'engagement au service public et, dans certaines régions, d'autres dispositifs comme le contrat de soutien administratif en Île-de-France, les ARS proposent également des aides distinctes à destination des médecins.

Quant aux infirmiers libéraux souhaitant s'installer ou exercer en zone dite « très sous-dotée », ils peuvent bénéficier de **trois types de contrats tripartites** les liant à leur ARS et leur CPAM de rattachement, dont le contrat d'aide à l'installation infirmier (CAII), le contrat d'aide à la première installation infirmier (Capii)².

À cela s'ajoutent, pour tous les professionnels de santé, **des aides émises par les collectivités territoriales et leurs groupements** « destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones » sous-denses, autorisées par l'article L.1511-8 du code général des collectivités locales. Par exemple, le département du Loir-et-Cher propose **une aide à l'achat de 50 % sur les dépenses de matériel professionnel** pour tout médecin primo-installé qui s'engagerait à y exercer 3 ans. La région Île-de-France propose une aide similaire à la primo-installation.

Le foisonnement d'aides émanant de différents acteurs a nui à leur lisibilité pour les professionnels de santé, et donc à leur efficacité.

2. La création, en PLFSS pour 2023, d'un guichet unique départemental visant à centraliser les informations et à accompagner les professionnels de santé dans leur installation

Constatant la difficulté, pour les professionnels de santé, d'appréhender pleinement le paysage des aides auxquelles ils ont droit, le législateur a entendu créer un **guichet unique départemental** d'accompagnement à l'installation des professionnels de santé, et **inscrire ses missions et sa composition** à l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Cette disposition a été portée à l'article 38 de la LFSS pour 2023.

¹ Il existe également le contrat de transition (Cotram), visant à inciter à la transition les médecins exerçant en zone sous-dense à préparer leur cessation d'activité, mais ce contrat ne s'adresse pas au médecin cherchant à s'installer ou à exercer en zone sous-dense.

² Le troisième contrat, le contrat d'aide au maintien infirmier (Cami), ne s'adresse pas aux infirmiers souhaitant s'installer ou exercer en zone très sous-dense, mais à ceux qui y exercent déjà.

Ce guichet est destiné à fournir un **point d'entrée unique** pour réaliser toutes les démarches administratives demandées aux professionnels de santé pour leur installation. Il entend également, à des fins de simplicité pour les professionnels de santé, consacrer un **interlocuteur unique** compétent pour apporter toute information sur les aides à l'installation.

Constitué auprès de son ARS de rattachement, le guichet unique associe les services de l'ARS aux « *instances territorialement compétentes des ordres professionnels concernés* », aux termes de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique.

B. Le présent article propose d'élargir les missions et la composition des guichets uniques départementaux à l'installation

Le présent article a été introduit en commission à l'Assemblée nationale à l'initiative de cinq amendements identiques du **groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux**, déposés par Joël Aviragnet et plusieurs de ses collègues du groupe *Socialistes et apparentés*, Fabrice Brun et plusieurs de ses collègues du groupe *Les Républicains*, Guillaume Garot (groupe *Socialistes et apparentés*), Philippe Vigier (groupe *Démocrate - MoDem et Indépendants*) et Yannick Favennec-Bécot (groupe *Horizons et apparentés*), ainsi que de plusieurs de leurs collègues. L'article visait alors à supprimer la référence à l'installation dans la dénomination des guichets uniques, et à préciser que **le guichet unique visait à assister les professionnels de santé dans l'ensemble de leurs démarches administratives**.

En séance publique, il a été modifié par trois amendements identiques du **groupe de travail transpartisan** sur les déserts médicaux, déposés par Guillaume Garot et plusieurs de ses collègues du groupe *Socialistes et apparentés*, Sébastien Peytavie et plusieurs de ses collègues du groupe *Écologiste - NUPES* et Thibault Bazin, du groupe *Les Républicains*, sous-amendés par le rapporteur Frédéric Valletoux. Ces amendements avaient tous pour objet d'associer au sein du guichet unique départemental **les collectivités territoriales, leurs groupements, et la CPAM compétente**.

Dans le texte transmis par l'Assemblée nationale, cet article vise donc à modifier l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, afin d'élargir les missions et la composition du guichet unique départemental.

En son 1°, il **supprime la référence à l'installation dans le nom du guichet unique départemental** d'accompagnement à l'installation des professionnels de santé, renommé « **guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé** ».

En son 2°, il **associe au guichet unique départemental les collectivités territoriales, leurs groupements et la CPAM compétente**. De plus, elle précise que les missions du guichet unique s'étendent à l'assistance des professionnels de santé dans « *l'ensemble de leurs démarches administratives, notamment celles effectuées dans le cadre de leur installation ou de leur remplacement* ».

II - La position de la commission

Les dispositions relatives au guichet unique départemental ont été **inscrites dans la loi à la suite de l'adoption de la LFSS pour 2023**, malgré l'opposition de la commission, qui, tout en soutenant l'esprit du dispositif, avait alors souhaité laisser « *le pouvoir réglementaire prévoir les modalités de [sa] création* »¹, jugeant l'idée insuffisamment mûre au moment où elle l'a examinée. À la lumière de ces débats, l'insertion de cet article dans la présente proposition de loi semble donner raison à la commission puisqu'il propose de modifier des dispositions en vigueur depuis moins d'un an. Interrogée, la DGOS ne dit pas autre chose lorsqu'elle constate que le cadre législatif adopté en LFSS pour 2023 n'a pas « *donné lieu à des orientations nationales en vue d'un déploiement homogène* », conduisant à un « *paysage fragmenté et diversifié* ». **La commission enjoint** donc les pouvoirs publics compétents à investir la question et à **donner pleinement corps aux guichets uniques en fournissant des orientations nationales**.

La commission partage l'ambition de consacrer un **interlocuteur unique compétent** pour apporter toute information aux professionnels de santé sur **les démarches administratives parfois lourdes qui leur incombent**, et **soutient à ce titre l'élargissement des missions** du guichet unique. Toutefois, cet article pose la question de l'évolution des moyens qui leur seront accordés. Pour que les guichets uniques soient utiles aux professionnels, leur réactivité est un élément déterminant. En ce sens, il convient que soient attribués aux guichets uniques des moyens financiers et humains supplémentaires, leur permettant de maintenir une qualité de services adéquate.

L'élargissement de la composition du guichet unique aux collectivités territoriales et à la CPAM est également apparu opportun à la commission, afin de réunir au sein du guichet tous les financeurs d'aides à l'installation. L'intégration de la CPAM, **conformément au souhait émis par la commission lors de l'examen du PLFSS pour 2023**, semble particulièrement bienvenue en ce que la caisse primaire constitue un interlocuteur privilégié pour les professionnels de santé et dispose d'une certaine expertise dans les démarches à accomplir.

La commission note enfin que certains guichets uniques départementaux **revêtent déjà la forme et la composition qu'entend leur donner le présent article** : son adoption permettra donc de mettre en cohérence le droit en vigueur avec la pratique.

Sous cette réserve, la commission a adopté ce dispositif modifié par un amendement rédactionnel COM-45.

¹ Rapport n° 99, tome II (2022-2023) de Mmes Elisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, Pascale Grunty, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno et Philippe Mouiller, déposé le 2 novembre 2022.

Article 2 octies

**Rendre obligatoire l'envoi d'un préavis pour les médecins,
les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes cessant leur activité**

Cet article vise à faire obligation aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de déclarer, au moins six mois à l'avance, une cessation définitive d'activité dans leur lieu d'exercice à l'agence régionale de santé (ARS) et à l'ordre.

La commission a adopté cet article en le modifiant pour réduire la durée du préavis de six à trois mois.

I - Le dispositif proposé

A. Les modifications intervenant dans les conditions d'exercice des professions médicales sont encadrées par le code de la santé publique

1. Les principales règles communes à l'exercice des professions médicales : l'inscription au tableau et les contraintes déclaratives

Les règles communes à l'exercice des professions médicales – médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes – sont définies par le troisième chapitre du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique¹. Elles comprennent, notamment, l'obligation pour les professionnels de s'inscrire au tableau de l'ordre et de déclarer à ce dernier les modifications intervenant dans leurs conditions d'exercice.

• Les professionnels médicaux, dont l'exercice est strictement encadré par des conditions de diplôme, sont tenus de **s'inscrire au tableau de l'ordre** des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes². Le tableau est, dans chaque département, établi et tenu à jour par le conseil départemental de l'ordre concerné, transmis aux services de l'État et porté à la connaissance du public³.

Chaque professionnel ne peut être inscrit que sur un seul tableau, qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle. En cas de transfert de sa résidence professionnelle hors du département, l'intéressé doit, au moment de ce transfert, demander son inscription au tableau de l'ordre du département de sa nouvelle résidence⁴. Il peut alors y exercer provisoirement jusqu'à ce que le conseil départemental statue sur sa demande.

• Les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes sont, par ailleurs, tenus d'**informer le conseil départemental des modifications substantielles intervenant dans leurs conditions d'exercice.**

¹ Articles L. 4113-1 à 4113-14 de la partie législative.

² Article L. 4111-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 4112-1 du même code.

⁴ Article L. 4112-5 du même code.

Ils doivent déclarer tout changement de résidence, de niveau de formation ou de situation professionnelle¹. Dans le délai d'un mois, ils doivent ainsi avertir le conseil départemental de toute modification de leurs coordonnées de correspondance, de toute prise de fonction supplémentaire ou de l'arrêt de celle-ci ainsi que de la cessation, temporaire ou définitive, de leur activité².

Les anciens professionnels ayant interrompu ou cessé leur activité restent tenus, durant les trois années suivant leur radiation du tableau, d'informer le dernier conseil départemental de l'ordre dont ils ont relevé d'une modification de leurs coordonnées de correspondance³.

2. Les règles déontologiques relatives à la cessation d'activité

Les trois professions sont, par ailleurs, soumises à des règles déontologiques encadrant les modifications pouvant intervenir dans leur lieu d'activité.

- Ainsi, le code de déontologie médicale prévoit que tout médecin qui **modifie ses conditions d'exercice ou cesse d'exercer est tenu d'en avertir le conseil départemental de l'ordre**, qui prend acte de ces modifications et en informe le conseil national⁴.

Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes prévoit une obligation similaire⁵ comme, pour les cessations d'activité, celui des sages-femmes⁶.

- De la même manière, si un médecin peut **exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts** de sa résidence professionnelle habituelle, il doit toutefois le déclarer, au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité, au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée, qui communique cette information sans délai au conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit⁷. Les codes de déontologie des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ne fixent pas de délai de déclaration mais soumettent un exercice dans des sites distincts à autorisation préalable du conseil départemental de l'ordre⁸.

¹ Articles L. 4113-1 du code de la santé publique.

² Article D. 4113-115 du même code.

³ Ibid.

⁴ Article R. 4127-111 du code de la santé publique.

⁵ Article R. 4127-280 du même code.

⁶ Article R. 4127-366 du même code.

⁷ Article R. 4127-85 du même code.

⁸ Articles R. 4127-270 et R. 4127-346 du même code.

B. Le présent article vise à faire obligation aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de déclarer une cessation définitive d'activité, au moins six mois à l'avance, à l'ARS et à l'ordre

Le présent article, issu de deux amendements identiques de Jérémie Patrier-Leitus (*Horizons*) et Guillaume Garot (*Socialistes*) adoptés par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vise à contraindre les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes à déclarer, à l'avance, leur intention de cesser définitivement leur activité dans le lieu où ils exercent.

À cet effet, il ajoute un nouvel article L. 4113-15 au sein du chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique. Celui-ci ferait obligation aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes autorisés à exercer de communiquer à l'agence régionale de santé (ARS) et au conseil de l'ordre dont ils relèvent leur intention de cesser définitivement leur activité dans le lieu où ils exercent, au plus tard six mois avant la date prévue de cessation.

L'article L. 4113-15 précise que des exceptions à cette règle peuvent être prévues par décret.

II - La position de la commission

Consciente de l'effet sur l'accès aux soins que peut avoir le départ d'un professionnel de santé dans les territoires en manquant, comme des difficultés attachées à la recherche d'un successeur, la commission a **souscrit à l'objectif poursuivi par ces dispositions.**

- Elle a toutefois formulé **deux réserves sur leur portée réelle.**

D'une part, comme l'ont souligné les organisations représentatives auditionnées par la rapporteure, les professionnels de santé libéraux ne quittent que très rarement un lieu d'exercice sans en avertir en amont leur patientèle et rechercher activement un confrère susceptible de la prendre en charge.

D'autre part, les marges de manœuvre de l'ARS pour trouver un successeur au professionnel ayant fait état de son projet de départ apparaissent, dans le contexte actuel de tension démographique, nécessairement limitées.

- Ces dispositions ont, au surplus, suscité de nombreuses critiques de la part des professionnels eux-mêmes, qui ont dénoncé l'ajout d'une nouvelle contrainte à l'exercice et, surtout, **la longueur du délai retenu.**

Dans certaines situations pouvant justifier un départ précipité du professionnel, par exemple pour suivre un conjoint ou apporter des soins à un proche, un délai de six mois apparaît excessif et difficilement applicable.

En outre, un tel délai semble inadapté au cas des professionnels salariés, puisqu'il pourrait imposer à ces derniers de révéler à l'ARS et à l'ordre leur intention de cesser leur activité bien en amont de leur démission.

Compte tenu de ces écueils et considérant que, même en l'absence de sanction prévue, les contraintes faites aux professionnels de santé doivent demeurer réalistes pour favoriser leur application, la commission a adopté un **amendement COM-46** de sa rapporteure **ramenant de six à trois mois le délai de préavis imposé aux professionnels médicaux** ayant l'intention de cesser définitivement leur activité dans le lieu où ils exercent.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 nonies

**Demande de rapport sur les conséquences de la concentration
du réseau officinal et des opérations de restructuration**

Cet article vise à demander un rapport au Gouvernement sur les conséquences de la concentration du réseau officinal et des opérations de restructuration par regroupements ou rachats-fermetures d'officines.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Les règles encadrant les opérations de restructuration qui impliquent une cession définitive d'activité

• Les **transferts et regroupements d'officines** peuvent être autorisés par le directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS) lorsque plusieurs conditions cumulatives sont remplies¹.

D'abord, l'opération doit permettre une **desserte en médicaments optimale** au regard des besoins de la population résidente. Cette condition est satisfaite dès lors que :

- l'accès à la nouvelle officine est aisé ou facilité par sa visibilité, des aménagements piétonniers, des stationnements ou dessertes par transports en commun ;

- les locaux de la nouvelle officine remplissent les conditions d'accessibilité, permettent la réalisation des missions assignées aux pharmaciens d'officine et garantissent un accès permanent du public en vue d'assurer un service de garde et d'urgence ;

¹ Article L. 5125-3 du code de la santé publique.

- la nouvelle officine approvisionne la même population résidente, une population résidente jusqu'ici non desservie ou une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible¹.

Ensuite, l'opération **ne doit pas compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente** du quartier, de la commune ou des communes d'origine. Celui-ci est réputé compromis lorsqu'il n'existe pas d'autre officine accessible².

Enfin, l'ouverture d'une officine par voie de transfert ou de regroupement d'officines existantes ne peut être autorisée que dans une commune :

- comptant au moins 2 500 habitants, chaque tranche supplémentaire de 4 500 habitants ouvrant droit, par la suite, à l'ouverture d'une officine en sus ;

- comptant moins de 2 500 habitants, à la condition que la dernière officine présente ait cessé définitivement son activité et ait desservi, jusque-là, une population supérieure ou égale à ce seuil³.

• Au-delà de ces conditions générales d'autorisation, le code de la santé publique soumet les opérations de transfert et de regroupement à des **conditions spécifiques attachées à la nature et aux circonstances de ces opérations**.

Ainsi les regroupements d'officines ne sont-ils permis que si leur emplacement d'origine est situé dans une **commune présentant un nombre d'officines supérieur aux seuils de population précités**⁴.

Par ailleurs, les opérations de restructuration réalisées **au sein d'une même commune ou de communes limitrophes** et donnant lieu à la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines doit faire l'objet d'un **avis préalable du directeur général de l'ARS**⁵.

B. La demande de rapport sur les opérations de restructuration portée par le présent article

• Le présent article, issu d'un amendement de Jérémie Patrier-Leitus (*Horizons*) adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale contre l'avis du rapporteur, visait initialement à réguler davantage les opérations de restructuration du réseau officinal donnant lieu à une cessation définitive d'activité dans les zones sous-denses.

¹ Article L. 5125-3-2 du code de la santé publique.

² Article L. 5125-3 du même code.

³ Article L. 5125-4 du même code.

⁴ Article L. 5125-5 du même code.

⁵ Article L. 5125-5-1 du même code.

Pour ce faire, dans sa version initiale, il insérait au sein du code de la santé publique un nouvel article L. 5125-5-2 soumettant toute opération du réseau officinal réalisée, au sein d'une telle zone, à l'initiative d'un ou plusieurs pharmaciens ou de sociétés de pharmaciens et donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines, à un avis préalable du directeur général de l'ARS, après consultation des organisations syndicales représentatives de la profession, de l'ordre des pharmaciens et du conseil territorial de santé. La cessation définitive d'activité ne pouvait être constatée si les besoins en médicament de la population n'étaient plus satisfaits de manière optimale ou si elle entraînait en contradiction avec les objectifs déterminés par le projet territorial de santé.

• L'Assemblée nationale a toutefois adopté, en séance publique, un amendement de Jérémie Patrier-Leitus réécrivant cet article pour lui substituer une demande de rapport devant être remis par le Gouvernement dans un délai de six mois pour :

- évaluer les conséquences de la concentration du réseau officinal et des opérations de restructuration par regroupements ou rachats-fermetures sur le nombre, la présence et le maillage territorial des officines, particulièrement dans les zones sous-denses ;

- étudier les conséquences en termes d'accès aux médicaments et aux soins de premiers recours prodigués par les pharmaciens d'officine ;

- examiner, enfin, la pertinence d'une extension du dispositif d'antennes pharmaceutiques consistant à autoriser les pharmaciens propriétaires d'une officine à en racheter, dans les zones sous-dotées, une autre pour y installer une antenne.

II - La position de la commission

La commission a conscience des enjeux attachés à la réorganisation du réseau officinal et au maintien de l'offre pharmaceutique dans certains territoires. Elle observe, à cet égard, que le décret relatif aux territoires fragiles en matière d'offre pharmaceutique, attendu depuis de nombreux mois, n'a toujours pas été publié¹.

Elle invite le Gouvernement à prêter à ce sujet la plus grande attention et relève que la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a, récemment, préconisé de « *soutenir les pharmacies de proximité pour préserver l'accès aux soins* »².

¹ Réponse du ministère auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargé de l'organisation territoriale et des professions de santé publiée le 27 octobre 2022 à la question écrite n° 01324 (16^e législature) de M. Alain Duffourg.

² Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024, juillet 2023, proposition n° 16.

Conformément à sa position constante et considérant que les rapports au Parlement ne lui sont que rarement remis, la commission a toutefois adopté à l'initiative de sa rapporteure un **amendement COM-47** visant à supprimer le présent article de la proposition de loi.

La commission a supprimé cet article.

Article 2 decies

Faciliter la facturation de médicaments par les antennes d'officine

Cet article vise à faciliter la facturation de médicaments par les antennes d'officine en :

- *étendant le champ des dispositions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale auxquelles il est possible de déroger dans le cadre des expérimentations de l'article 51 ;*
- *prévoyant désormais explicitement la possibilité d'expérimenter la création d'une antenne ;*
- *précisant que l'antenne fait partie de la même entité juridique que l'officine.*

La commission a adopté cet article avec des modifications visant à mieux circonscrire le champ des dérogations prévues et à apporter à ces dispositions diverses améliorations rédactionnelles.

I - Le dispositif proposé

A. Le dispositif des antennes d'officine créé en 2020 permet de déroger aux règles encadrant l'ouverture d'officines

1. Les règles encadrant la création, le regroupement et le transfert d'officines

Des dispositions du code de la santé publique prévoient que les autorisations de création, de regroupement et de transfert d'officine sont délivrées par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

• Le directeur général peut ainsi autoriser, lorsqu'elle permet une desserte en médicaments optimale, **l'ouverture d'une officine par voie de transfert ou de regroupement** :

- dans les communes d'au moins 2 500 habitants, puis par tranche supplémentaire de 4 500 habitants recensés ;

- ou dans les communes dont la population est inférieure à 2 500 habitants mais dans lesquelles la dernière officine présente, ayant cessé définitivement son activité, desservait jusqu'alors une population au moins égale à ce seuil¹.

Les transferts et regroupements ne doivent pas **compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments** de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine. Cet approvisionnement est compromis lorsqu'il n'existe pas, dans ce périmètre, d'officine accessible au public par voie piétonnière ou par un mode de transport motorisé et disposant d'emplacements de stationnement².

- **L'ouverture d'une officine par voie de création** est soumise à ces mêmes critères, qui doivent être remplis depuis deux ans à compter de la publication du dernier recensement sans qu'une autorisation d'ouverture par voie de transfert ou de regroupement ne soit intervenue dans ce délai.

Elle est réservée aux zones franches urbaines, quartiers prioritaires de la ville et zones de revitalisation rurale³.

2. La création des antennes d'officine pour protéger l'approvisionnement des communes à très faible population

Pour assurer l'accès aux produits de santé dans les communes à très faible population, la **loi d'accélération et de simplification de l'action publique (dite « ASAP ») de 2020** a permis la **création d'antennes d'officine**⁴, en complétant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux expérimentations en santé dites « *de l'article 51* »⁵, mises en place par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018⁶.

Désormais, il est possible de déroger aux règles relatives à l'ouverture de nouvelles officines⁷ afin de permettre au directeur général de l'ARS de garantir l'approvisionnement en produits de santé de la population d'une commune dont la dernière officine a cessé définitivement son activité.

¹ Article L. 5125-4 du code de la santé publique.

² Article L. 5125-3 du même code.

³ Ibid.

⁴ Article 95 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

⁵ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Des dispositions similaires ajoutées, en nouvelle lecture, au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 avaient été censurées par le Conseil constitutionnel au motif qu'elles n'avaient pas de lien direct avec une disposition restant en discussion (décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020).

⁷ Article L. 5125-4 du code de la santé publique.

Dans une telle situation, le directeur général peut **autoriser l'organisation de la dispensation de produits de santé par un pharmacien, à partir d'une commune limitrophe ou la plus proche**. L'avis du conseil de l'ordre des pharmaciens et des syndicats représentatifs de la profession doit alors être sollicité¹.

• La mise en œuvre de ces expérimentations a toutefois été confrontée à **plusieurs difficultés juridiques et techniques**.

D'une part, le **champ des dérogations prévues s'est révélé insuffisant**. Celui-ci n'a pas permis de clarifier le statut juridique des antennes et leur lien avec l'officine de rattachement. En outre, l'expérimentation prévoyait seulement la possibilité pour le pharmacien de dispenser des médicaments au sein de l'antenne, sans lui permettre d'y exercer les autres missions des pharmaciens d'officine : éducation thérapeutique et accompagnement de patients, conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé, prescription et administration de certains vaccins, etc.²

D'autre part, **la facturation dans les antennes s'est avérée impossible**, les pharmaciens adjoints ne disposant pas d'une carte professionnelle de santé (CPS) le permettant.

B. Le présent article vise à faciliter l'expérimentation des antennes d'officine en leur permettant la facturation des médicaments

Le présent article de la proposition de loi, issu de deux amendements identiques de Stéphanie Rist (*Renaissance*) et Géraldine Bannier (*MoDem et Indépendants*) adoptés par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et complété en séance publique, vise à favoriser le recours à l'expérimentation des antennes d'officine en facilitant la facturation, par ces dernières, des médicaments.

Pour cela, **le 1°** complète l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux expérimentations « *de l'article 51* » pour permettre de déroger, en tant que de besoin, aux dispositions concernant les règles de sanctions applicables aux pharmaciens d'officine :

- de l'article L. 114-17-1 du même code, permettant notamment au directeur de l'organisme local d'assurance maladie de prononcer un avertissement ou une pénalité à l'encontre des professionnels de santé pour toute inobservation des règles du code de la sécurité sociale ou du code de la santé publique ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu ;

¹ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale modifié.

² Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

- de l'article L. 161-35 du même code, soumettant notamment à l'application d'une sanction conventionnelle les professionnels de santé n'assurant pas la transmission électronique des documents nécessaires à la prise en charge des soins ou produits remboursables.

Le **a du 2°** du présent article modifie les mêmes dispositions pour permettre, lorsque cela est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS), de déroger aux dispositions :

- de l'article L. 5121-33 du code de la santé publique, relatives à l'importation de toute alternative médicamenteuse dans les cas de rupture de stock d'un médicament présentant pour les patients un risque grave et immédiat ;

- de l'article L. 5124-3 du même code, relatives aux conditions d'autorisation des établissements pharmaceutiques ;

- de l'article L. 5125-1-1 A du même code, relatives aux missions des pharmaciens d'officine ;

- de l'article L. 5125-8 du même code, relatives aux conditions imposées aux pharmaciens pour être titulaires d'une officine ouverte au public ;

- de l'article L. 5125-9 du même code, relatives aux obligations de déclaration des pharmaciens et sociétés se proposant d'exploiter ou exploitant une officine ;

- des articles L. 5125-11 à L. 5125-14 du même code, relatives aux règles encadrant la propriété des officines, la responsabilité des gérants et associés et le statut des pharmaciens adjoints ;

- de l'article L. 5125-16 du même code, relatives aux conditions d'ouverture des officines en l'absence de leur titulaire ;

- de l'article L. 5125-17 du même code, relatives aux services de garde et d'urgence organisés par les pharmaciens d'officine ;

- et de l'article L. 5125-18 du même code, relatives aux conditions de délivrance des licences par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

En réponse aux interrogations de la rapporteure, le ministère de la santé et de la prévention a précisé qu'« *un cahier des charges national, en cours de rédaction, viendra préciser la manière dont ces dérogations se déclinent pour créer une antenne* »¹.

¹ Réponses écrites de la DGOS aux questions transmises par la rapporteure.

Le **a du 2°** modifie également les dispositions de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale pour prévoir explicitement la possibilité d'expérimenter la création d'une antenne.

Enfin, le **b du 2°** précise, au même article, que l'antenne fait partie de la même entité juridique que l'officine.

II - La position de la commission

- La commission **souscrit pleinement à l'objectif poursuivi par l'expérimentation** des antennes d'officine, permettant de maintenir une offre pharmaceutique dans des communes très faiblement peuplées qui en seraient, sinon, dépourvues.

Ces dispositions, initialement incluses dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 mais censurées par le Conseil constitutionnel¹, avaient d'ailleurs été ajoutées au projet de loi « ASAP » par la commission spéciale du Sénat².

- Aussi la commission a-t-elle regretté que, presque trois ans après sa promulgation, ce dispositif n'ait **trouvé aucune application effective**.

Interrogé par la rapporteure, le ministère de la santé et de la prévention a confirmé qu'un seul projet d'antenne de pharmacie avait, en octobre 2023, été autorisé dans les Alpes-Maritimes³. Confronté aux obstacles juridiques précités comme à des difficultés de recrutement, celui-ci n'a pas donné lieu à l'ouverture de l'antenne prévue.

- Alertée sur ce point par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop), la rapporteure s'est interrogée sur le champ, sensiblement élargi, des dérogations que permettrait désormais l'expérimentation d'une antenne.

Dans la mesure où il sera désormais explicitement prévu que l'antenne relève de la même personnalité juridique que l'officine qui en est à l'origine, il apparaît, notamment, inutile de permettre la dérogation aux règles relatives aux seuils de population permettant l'ouverture d'une officine ou aux règles encadrant la propriété des officines et la responsabilité des gérants.

¹ Ajoutées en nouvelle lecture, ces dispositions ont été censurées par le Conseil constitutionnel au motif qu'elles n'avaient pas de lien direct avec une disposition restant en discussion (décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020).

² Amendement COM-66 de Maryvonne Blondin et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

³ Arrêté régional du 6 avril 2022 relatif au projet d'expérimentation « Mise en place d'une annexe d'officine de pharmacie suite à la fermeture de l'officine de pharmacie de Tende ».

De la même manière, la rapporteure n'a pas souhaité qu'il soit dérogé, dans le cadre de l'expérimentation, à l'ensemble des missions des pharmaciens d'officine. La commission a, ainsi, jugé souhaitable que les antennes contribuent à l'accès aux soins dans les très petites communes auxquelles elles s'adressent, en remplissant lorsque cela est possible certaines des missions facultatives des pharmaciens d'officine, tenant par exemple à la prescription et à l'administration de certains vaccins ou à la fourniture de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration de l'état de santé.

Aussi la commission a-t-elle adopté, à l'initiative de sa rapporteure, un **amendement COM-48** restreignant en ce sens le champ des dérogations prévues et apportant au présent article diverses améliorations rédactionnelles.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 undecies

Simplifier les procédures d'autorisation par les agences régionales de santé dans le contexte de la réforme des autorisations pour garantir l'accès aux soins

Cet article vise à ajuster certaines dispositions transitoires concernant les procédures d'autorisation d'activité des établissements de santé.

La commission a adopté cet article, modifié par une clarification rédactionnelle.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été inséré à l'initiative de la rapporteure générale Stéphanie Rist, lors de l'examen de la proposition de loi en commission¹.

Il reprend l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale, **censuré par le Conseil constitutionnel qui a considéré qu'il s'agissait d'un « cavalier social »**.

A. Des modifications apportées à la suite de la loi OTSS

L'article 36 de la **loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**², dite « OTSS », habilitait le Gouvernement à légiférer par **ordonnance** sur le fondement de l'article 38 de la Constitution, en vue de revoir le régime d'autorisation des activités de soins.

¹ Amendement n° AS522.

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

Le Gouvernement était ainsi autorisé 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°.

Deux ans après l'adoption de la loi OTSS¹, **l'ordonnance du 12 mai 2021² a remanié en conséquence le régime des autorisations au sein du code de la santé publique (CSP).**

B. Diverses corrections à apporter en vue de sécuriser la transition vers les nouvelles procédures d'autorisation

1. Des adaptations apportées aux dispositions de transition en matière d'autorisations d'activités

• Le Gouvernement souhaite **pallier des lacunes identifiées dans la transition vers les nouvelles autorisations d'activités de soins** et « lever le doute sur leur interprétation concernant les autorisations qui ne feront pas l'objet d'un décret d'activité dans le cadre de la réforme des autorisations »³. Le **II** modifie à cet effet **l'article 3 de l'ordonnance du 12 mai 2021 précitée**.

L'article 3 de l'ordonnance, constitué de droit autonome, se borne à prévoir les **dates d'entrée en vigueur** des modifications faites par l'ordonnance dans le régime d'autorisation relevant de la partie législative du code de la santé publique. Il prévoit en outre des **dispositions transitoires encadrant la durée de validité des autorisations délivrées** sous l'empire du régime précédant l'entrée en vigueur des dispositions de l'ordonnance.

Le **IV de l'article 3** prévoit que cette durée est fixée et prolongée jusqu'à l'intervention d'une décision sur une nouvelle demande d'autorisation formulée après l'entrée en vigueur des révisions réglementaires ou, au plus tard, au 1^{er} juin 2023.

¹ La loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 a prolongé (article 14) de quatre mois les délais d'habilitation à légiférer par ordonnance dont l'expiration devait intervenir dans les mois suivants le début de la pandémie.

² Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

³ Amendement n° 2625.

Les **décrets attendus** concernent les **conditions d'implantation** (L. 6123-1 du même code) et **conditions techniques de fonctionnement** (L. 6124-1 dudit code).

Par **dérogation au IV précité**, le **premier alinéa du I** prévoit que la **prorogation prendra fin le lendemain de la publication de la présente loi** pour les activités dont la liste est fixée par décret ou **pour les activités pour lesquels aucun décret relatif aux conditions d'implantation des activités n'a été publié avant le 1^{er} juin 2023**.

Par **dérogation au premier alinéa du I et aux troisième et dernier alinéas de l'article L. 6122-10 du code de la santé publique relatifs aux demandes de renouvellement**, le **second alinéa du I** prévoit une **prolongation des autorisations pour les titulaires qui auraient dû solliciter un renouvellement** entre le 12 mai 2021 et la publication du schéma régional de santé. Ceux-ci devront **formuler leur demande dans le délai réglementaire** après la publication du schéma régional de santé ou de la présente loi. À défaut de demande, l'autorisation prendrait fin à l'expiration du délai ou à la date prévue initialement.

Enfin, le **troisième alinéa du I** adapte les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6122-10 auquel il est dérogé, en matière **d'injonction des ARS relatives aux dossiers de renouvellement**. Il est ainsi prévu un délai de quatre mois à compter de la nouvelle fenêtre dérogatoire de dépôt des demandes, à l'issue duquel les renouvellements seraient, faute d'injonction, tacites.

Le **II** vise à **déroger au premier alinéa de l'article L. 6122-9 du CSP** qui prévoit l'octroi de l'autorisation d'activités par l'agence régionale de santé après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). **Les nouvelles demandes déposées en application du IV de l'article 3**, soit des renouvellements, seraient ainsi **dispensées de l'avis de la commission « en fonction de critères d'offre, de qualité ou de sécurité des soins »**, ceux-ci devant être définis par décret en Conseil d'État.

Le Gouvernement justifiait lors du PLFSS cet ajout par **l'impossibilité selon lui de traiter les nouvelles demandes à moyens constants et le risque, faute de mesure, d'un décalage d'un an de la réforme**.

2. Des mises en cohérence avec cette réforme concernant les groupements de coopération sanitaire de moyens

- Le Gouvernement entendait par ce même article également adapter certaines **dérogations en matière de coopérations** en vue de la mise en œuvre des nouvelles règles d'autorisations.

Le **III** concerne ainsi les **groupements de coopération sanitaire (GCS)**.

Il modifie l'article **L. 6133-7** du code de la santé publique relatif aux groupements de coopération sanitaire, érigés en établissements de santé, privé ou public selon les cas, dans le cas où ce groupement serait titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins.

Le dernier alinéa de l'article L. 6133-7 prévoit une **dérogation pour les GCS de moyens** dont la seule autorisation d'activité relève d'une activité biologique d'assistance médicale à la procréation. Dans ce cas, le GCS de moyens **n'est pas érigé en établissement de santé**.

Le **III** du présent article modifie le même dernier alinéa de l'article L. 6133-7 afin d'étendre cette dérogation à **tous les GCS de moyens autorisés à pratiquer les « seules activités » de soins listées par décret en Conseil d'État**.

Le Gouvernement justifie cette disposition par sa **cohérence avec la transformation de certaines autorisations d'équipements matériels lourds en autorisations d'activités de soins**, et ce alors que certaines structures ne peuvent être titulaires d'une autorisation d'activité de soins. Le Gouvernement souhaite ainsi permettre un *« outil de coopération souple et répondant aux logiques de coopérations pluri-acteurs »*, *« mettre en cohérence le droit des GCS »* ou encore *« éviter la multiplication des titulaires d'autorisations d'activités de soins pour contenir le nombre d'équipements matériels lourds »*.

Le **IV** prévoit enfin que l'article **L. 6133-7 précité demeure applicable dans sa rédaction actuelle**, jusqu'à la date de publication du décret auquel renverrait désormais l'article L. 6133-7 et, au plus tard, jusqu'au **1^{er} juin 2023**.

À ce jour, **quatorze autorisations d'activités de soins mentionnées à l'article R. 6122-25 et équipements matériels lourds mentionnés à l'article R. 6122-26 ont été révisés**.

Pour les activités n'ayant pas encore pu faire l'objet d'une révision, deux situations sont à distinguer :

- les activités pour lesquelles les travaux avaient démarré avant la crise sanitaire, et dont l'opportunité d'une reprise des travaux est en cours d'analyse ;
- les activités pour lesquelles les travaux n'avaient pas démarré et dont la révision de la réglementation n'apparaît pas nécessaire, en raison notamment d'un *corpus* récent et répondant aux exigences de qualité et sécurité des soins.

Dans l'attente d'une mesure législative, le ministre a demandé aux ARS pour instruction en date du 31 mai 2023 considérer l'ensemble des autorisations comme prolongées.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté cet article avec modifications en vue, outre différents amendements rédactionnels du rapporteur, d'intégrer au dispositif dérogatoire **le cas des titulaires d'autorisations qui auraient dû déposer une demande de renouvellement entre l'adoption des schémas régionaux de santé (SRS) et la promulgation de la présente proposition de loi**¹.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

II - La position de la commission

Sur le fond, la commission avait déjà indiqué à l'automne 2022, en temps utile, partager le souhait de sécuriser et parfois simplifier les dispositions relatives aux autorisations d'activité et de faciliter la transition entre les anciennes dispositions et le nouveau régime issu la réforme de 2021.

Cependant, à l'initiative de la rapporteure, elle avait supprimé cet article du PLFSS 2023 en considérant qu'il était dénué d'impact financier sur les régimes de sécurité sociale.

La mesure proposée apparaît **nécessaire et proportionnée**. Elle n'a en outre pas soulevé de difficulté majeure auprès des fédérations d'établissements de santé, quand certaines ont néanmoins alerté la rapporteure sur la complexité de la réforme des autorisations. On ne peut que regretter que ces ajustements, qui devaient intervenir avant le 1^{er} juin 2023, n'aient pu trouver à être publiés à une date antérieure.

La commission soutient aujourd'hui l'adoption de cet article, en déplorant qu'aucun véhicule législatif n'ait été soumis à temps par le Gouvernement afin de prévoir ces dérogations sans nécessité de rétroactivité de la mesure.

À l'initiative de la rapporteure, la commission a apporté plusieurs **clarifications rédactionnelles** relatives aux dérogations accordées et a adapté le délai propre à l'application différée de l'article L. 6133-7 du CSP dans sa nouvelle rédaction (**amendement COM-79**).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Amendement n° 527.

Article 2 duodecies
**Suppression de la majoration du ticket modérateur
à l'encontre de certains patients dépourvus de médecin traitant**

Cet article vise à ne pas appliquer de majoration du ticket modérateur aux assurés dans l'année suivant le départ à la retraite de leur médecin traitant ou son changement de département en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le principe de majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, gage d'efficience du système de santé

Dans l'objectif de **garantir l'efficience du système de santé**, l'article 7 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹ a mis en place un parcours de soins coordonnés à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Celui-ci consiste, pour chaque assuré, à **déclarer un médecin traitant**, lequel est chargé d'assurer un premier niveau de recours au soins, de **coordonner le suivi médical** et d'orienter la patientèle dont il est médecin traitant dans le parcours de soins coordonnés.

S'inscrivent dans le parcours de soins coordonnés, sauf exceptions², les consultations auprès de son médecin traitant ou, sur prescription de son médecin traitant, d'un autre médecin appelé médecin correspondant pour un avis ponctuel, des soins itératifs, ou des séquences de soins nécessitant l'intervention de plusieurs spécialités différentes pour une même pathologie.

Le médecin traitant, un médecin généraliste ou spécialiste choisi librement par l'assuré³ quel que soit son mode d'exercice⁴, concourt, dans son rôle de coordination, à assurer une utilisation rationnelle du système de soins par les assurés. **Il évite ainsi la multiplication et la dispersion des consultations**, en ne prescrivant que celles qui sont nécessaires, auprès de médecins appelés médecins correspondants.

De plus, le médecin traitant permet un **suivi plus prononcé et plus régulier des patients**, qui ont vocation à le consulter régulièrement.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

² Voir infra le I- B. du présent commentaire.

³ Si l'assuré a moins de seize ans, le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant.

⁴ Un médecin traitant peut aussi bien exercer seul qu'au sein d'un cabinet de groupe, d'un centre de santé ou d'un établissement de santé.

Exemples de cas s'intégrant ou non dans le parcours de soins coordonnés

Suit le parcours de soins coordonnés l'assuré qui consulte son médecin traitant.

Suit le parcours de soins coordonnés l'assuré qui, après consultation de son médecin traitant, est orienté vers un gastro-entérologue.

Ne suit pas le parcours de soins coordonnés l'assuré qui, sans prescription de son médecin traitant, consulte directement un cardiologue.

Ne suit pas le parcours de soins coordonnés l'assuré qui, sans avoir déclaré de médecin traitant, consulte un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1.

En cas de **non-respect du parcours de soins coordonnés** par un assuré ou un ayant droit de plus de seize ans, l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale pose le principe d'une **majoration du ticket modérateur**.

Le ticket modérateur

Le ticket modérateur désigne la part des frais de santé qui n'est pas prise en charge par la sécurité sociale, avant application des participations forfaitaires, franchises médicales ou forfait hospitalier. Le ticket modérateur peut être pris en charge, tout ou partie, par l'assurance maladie complémentaire¹ et certains publics ou actes en sont exonérés².

Par exemple, dans le cadre d'une consultation chez son médecin traitant généraliste, conventionné et exerçant en secteur 1, la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire est fixée à 70 % du tarif conventionnel égal à 25 euros, soit 17,5 euros. Par conséquent, le montant du ticket modérateur est égal à 7,5 euros, soit la différence entre le tarif facturé, soit 25 euros, et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire avant application de la participation forfaitaire, de 17,5 euros.

La notion de ticket modérateur est à distinguer de celle de reste à charge pour le patient. En effet, tout ou partie du ticket modérateur peut être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. De plus, s'applique sur la part remboursée par la sécurité sociale une participation forfaitaire d'un euro, qui vient en déduction des 17,5 euros pris en charge par la sécurité sociale et ne fait donc pas partie du ticket modérateur, mais est bien à la charge du patient.

¹ Le ticket modérateur est par exemple entièrement pris en charge pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

² C'est par exemple le cas des actes liés à une interruption volontaire de grossesse, des soins liés à un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, des frais de santé de la femme enceinte après le sixième mois de grossesse, des soins et frais hospitaliers à destination de nouveau-nés de moins d'un mois, des contraceptifs pour les femmes de moins de 26 ans...

Cette majoration prend la forme d'une **diminution du taux de prise en charge de la sécurité sociale**. Aux termes de l'article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale, le pourcentage de majoration est décidé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), qui peut le fixer entre 37,5 % et 42,5 %. Par décision en date du 22 janvier 2009 toujours en vigueur à ce jour, **l'Uncam a fixé à 40 points la majoration applicable**. Dès lors, le ticket modérateur représente 70 % et non 30 % du tarif de la consultation et, par conséquent, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des consultations hors parcours de soins n'est pas équivalente à 70 % du tarif, mais à 30 %.

Ainsi, le ticket modérateur d'un assuré consultant un médecin généraliste sans avoir déclaré de médecin traitant, est de 17,5 euros¹, au lieu de 7,5 euros si la consultation avait eu lieu dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

La majoration de ticket modérateur n'est pas prise en charge par les « contrats responsables » proposés par les complémentaires santé et concernent tous les assurés, même ceux qui sont exonérés de ticket modérateur dans le cadre du parcours de soins coordonnés².

Par ailleurs, les actes et consultations assurés par des médecins spécialistes hospitaliers³ ou conventionnés à tarifs opposables⁴ **doivent et peuvent respectivement faire l'objet de tarifs majorés** en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés. La majoration, qui ne peut être prise en charge ni par l'assurance maladie obligatoire, ni par l'assurance maladie complémentaire, est fixée à 17,5 % des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés⁵.

B. La majoration du ticket modérateur et de tarifs ne s'applique pas aux publics les plus fragiles, ni aux situations urgentes ou inhabituelles

1. De nombreuses exemptions existent à la majoration du ticket modérateur

La majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés n'étant pas prise en charge par les complémentaires santé dans le cadre des « contrats responsables », elle résulte en un **reste à charge accru pour le patient**.

¹ Soit 70 % de 25 euros.

² Article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-26 du même code.

⁴ Article 37.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

⁵ Article 37.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 et article 1^{er} de l'arrêté du 28 juillet 2005 fixant le montant de la majoration prévue à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

C'est pourquoi **la majoration du ticket modérateur ne s'applique pas de manière absolue**. Les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ne sont pas concernés par la majoration du ticket modérateur dans les cas recensés aux articles L. 162-5-3, R. 322-1-1, D. 162-1-6 et D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, incluant :

- **certains publics fragiles :**

- les assurés de moins de seize ans ;
- les assurés consultant dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale ;

- **certaines situations particulières :**

- **l'urgence** ou le recours à un médecin intervenant au titre de la permanence des soins ;
- **l'éloignement** du patient de son lieu de résidence habituelle, par exemple lors de ses vacances ;
- la consultation du médecin remplaçant ou d'un autre médecin du centre de santé ou du cabinet du médecin traitant lorsque celui-ci est indisponible ;

- la consultation sans prescription préalable de certaines professions de santé : **gynécologues** médicaux et obstétriciens, ophtalmologues, **psychiatres** et neuro-psychiatres ;

- la consultation sur **prescription d'un professionnel autre que le médecin traitant :**

- la consultation d'un médecin par un militaire sur prescription d'un médecin du service de santé des armées ;
- l'adressage par une sage-femme ;
- la consultation demandée par un infirmier en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 du code de la santé publique ;

- **certains actes de prévention ou de santé publique :**

- les examens obligatoires de prévention sanitaire et sociale à destination des mineurs ;
- les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans les services de médecine préventive et de promotion de la santé ;
- les actes et consultations hospitaliers relatifs à la tabacologie, l'alcoologie ou la lutte contre les toxicomanies ;
- les actes et consultations assurés à la suite du diagnostic d'une anomalie génétique chez un membre de la famille.

L'ensemble de ces situations sont donc réputées s'inscrire dans le cadre du parcours de soins coordonnés, malgré l'absence de coordination effective par le médecin traitant.

2. L'application des majorations de tarifs en dehors du parcours de soins coordonnés n'est pas absolue

La majoration des tarifs des actes et consultations réalisés par des spécialistes en dehors du parcours de soins coordonnés n'est, elle non plus, pas absolue.

Pour les actes et consultations assurés par les médecins spécialistes hospitaliers, elle ne s'applique pas, aux termes de l'article L.162-26 « *aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence* ».

La majoration, qui n'est pas obligatoire pour les médecins spécialistes conventionnés et appliquant les tarifs opposables, ne concerne en aucun cas les « *cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient* », ni les patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, aux termes de l'article 37.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

C.Face à la dégradation de l'accessibilité médicale sur les territoires, de plus en plus d'assurés n'ont pas de médecin traitant, sans que ne soit prévue de dérogation à la majoration du ticket modérateur en la matière dans le droit en vigueur

Conçu en 2004, dans un contexte où l'accessibilité médicale sur les territoires était meilleure qu'elle ne l'est aujourd'hui, le parcours de soins coordonnés repose sur la **désignation d'un médecin traitant**.

Or un **nombre croissant d'assurés n'a pas déclaré de médecin traitant à l'assurance maladie**. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) estime à **6,7 millions** le nombre de personnes sans médecin traitant en 2022.

Si, pour certains assurés, cela procède d'une **carence dans l'accomplissement des démarches nécessaires**, il est indubitable que les difficultés d'accès aux soins peuvent **rendre complexe de trouver un médecin qui puisse être désigné comme médecin traitant**. 86 départements ont ainsi vu leur accessibilité potentielle localisée à des médecins généralistes diminuer depuis 2015.

Avec une **patientèle « médecin traitant » moyenne de 1 001 patients en 2021**, contre 849 en 2016, de plus en plus de médecins se voient contraints de refuser les demandes des patients de les désigner en tant que médecin traitant, faute de place disponible. Ce phénomène s'observe naturellement avec davantage d'intensité dans les zones les moins dotées en médecins.

Pourtant, il n'existe dans le droit en vigueur aucune dérogation à la majoration du ticket modérateur pour les assurés dépourvus de médecin traitant, quelle que soit leur situation.

D. Le présent article propose de supprimer les majorations pour non-respect du parcours de soins coordonnés pour les assurés dans l'année suivant le départ à la retraite de leur médecin traitant ou son changement de département

Le présent article, introduit en commission à l'Assemblée nationale à l'initiative du député Hadrien Clouet et plusieurs de ses collègues du groupe *La France insoumise - Nupes*, consistait originellement en une demande de rapport au Gouvernement sur la suppression de la majoration du ticket modérateur à l'encontre des patients non pourvus d'un médecin traitant.

L'article 2 *duodecies* a ensuite été **réécrit en séance publique** par l'adoption de six amendements identiques à l'initiative du rapporteur Frédéric Valletoux, du député Jérémie Patrier-Leitus, des députés Hadrien Clouet, Guillaume Garot et Philippe Vigier et plusieurs de leurs collègues du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux, et du député Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe *Renaissance*.

Tel que réécrit par ces amendements identiques, le présent article vise à **supprimer les majorations de ticket modérateur et de tarif des consultations auprès de spécialistes hospitaliers** pour les assurés hors du parcours de soins coordonnés dans **l'année suivant le départ à la retraite ou le changement de département du médecin** qu'ils avaient déclaré comme médecin traitant.

La recevabilité financière de ces amendements a été assurée par le dépôt d'un amendement identique par le Gouvernement, finalement retiré.

Le I a été supprimé par la réécriture de l'article en séance publique.

Le 1° du II modifie l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, régissant le parcours de soins coordonnés et les majorations de ticket modérateur applicables si le patient y contrevient, en adjoignant à la liste des exemptions législatives de majorations de ticket modérateur **les consultations ou actes réalisés durant l'année qui suit le départ à la retraite ou le changement de département du médecin que les patients avaient déclaré comme médecin traitant.**

Le départ à la retraite ou le changement de département récent du médecin traitant rejoint au rang des exemptions législatives de majoration du ticket modérateur hors du parcours de soins coordonnés les cas d'urgence, de consultation en dehors du lieu de résidence stable, de consultation par un militaire sur prescription d'un médecin des armées et par un patient sur adressage d'une sage-femme.

Autant de cas auxquels il faut ajouter d'autres exemptions, énumérées par décret¹ et décret en Conseil d'État².

Le 2° du II modifie l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, régissant notamment les **majorations de tarifs** sur les consultations et actes assurés par des médecins **spécialistes hospitaliers** en dehors du parcours de soins coordonnés, pour en **dispenser les assurés dont le médecin traitant est parti à la retraite ou a changé de département moins d'un an auparavant**, comme c'est déjà le cas pour les consultations et actes urgents.

II - La position de la commission

La prolifération des exceptions à la règle de la majoration du ticket modérateur en dehors du parcours de soins coordonnés, avec non moins de quatre extensions décrétales du champ d'exemption depuis 2016, **limite** à n'en point douter la portée réelle de **l'incitation financière** à déclarer un médecin traitant et à suivre le parcours de soins coordonnés, et fragilise ainsi les apports du parcours de soins pour une cohérence et une efficacité accrue du système de santé.

Toutefois, les dispositions exonérant de majoration de ticket modérateur portées au présent article sont **circonscrites aux seuls assurés dont le médecin traitant a déménagé ou a pris sa retraite dans les douze derniers mois**. Compte tenu du nombre croissant d'assurés se retrouvant **sans médecin traitant contre leur gré** du fait de la démographie médicale, **il apparaît justifié de ne pas appliquer de majoration du ticket modérateur** pendant un délai permettant aux assurés de retrouver un médecin traitant.

Cet article permettra, en outre, **d'ancrer sans ambiguïté dans le droit en vigueur une pratique de certaines CPAM**.

Ces dispositions ont notamment été **soutenues par France Assos Santé, mais aussi par certains syndicats de médecins libéraux** comme la confédération des syndicats médicaux français (CSMF), qui estime que la mesure est « *source d'équité* » entre les patients.

La commission note, enfin, que la suppression de la majoration des tarifs des spécialistes pour les assurés dont le médecin traitant a déménagé ou est parti à la retraite dans les douze derniers mois ne s'applique pas en ville : un avenant de la convention serait nécessaire à cet effet. Elle appelle également le Gouvernement à revoir la coordination de l'article D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale avec l'article L. 162-5-3 du même code.

La commission a adopté cet article sans modification.

¹ Articles D. 162-1-6 et D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 322-1-1 du même code.

Article 3

Rendre automatique l'adhésion aux communautés professionnelles territoriales de santé

Cet article vise à rendre automatique l'adhésion des professionnels de santé conventionnés et centres de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), sauf opposition de leur part effectuée dans des conditions définies par arrêté.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Depuis leur création en 2016, les CPTS visent à favoriser la coordination territoriale des professionnels de santé volontaires

1. Les objectifs ayant présidé à la création des CPTS et leur déploiement progressif depuis 2016

- En substitution au service territorial de santé au public (STSP), initialement proposé par le Gouvernement mais très largement rejeté par les professionnels de santé pour son caractère rigide et sa logique perçue comme « descendante », les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été **créées par la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé**¹.

Elles ont été conçues, dès l'origine et en réponse aux craintes exprimées, comme un **outil souple de coordination des soins ambulatoires**, à l'initiative des professionnels de santé volontaires².

- Le **régime juridique** applicable aux CPTS et les **modalités de financement** de leurs activités ont, depuis, été progressivement précisés.

Sur le fondement de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019, qui autorisait le Gouvernement à prendre par ce moyen « 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 »³, une **ordonnance de novembre 2021** a renforcé le cadre juridique des CPTS en fixant, notamment, les missions de service public pouvant leur être confiées et les financements afférents.

¹ Article 65 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Rapport n° 653 (2014-2015) de M. Alain Milon, Mmes Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015, p. 185.

³ Article 64 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Par ailleurs, un **accord conventionnel interprofessionnel (ACI)**, signé le 20 juin 2019 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et plus de quarante représentants syndicaux de professionnels de santé et d'organismes gestionnaires de centres de santé, a permis de définir un cadre conventionnel pérenne de financement des CPTS¹.

• Ainsi favorisé, **le déploiement des CPTS s'est accéléré dans la période récente.**

Le récent rapport « *Tour de France des CPTS* », établi à l'issue d'une mission confiée par la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé à trois personnalités qualifiées, recense ainsi **389 CPTS en fonctionnement ayant signé l'ACI en décembre 2022**, qui couvrent 48,5 % de la population². Le ministère de la santé et de la prévention dénombre, quant à lui, 473 CPTS en fonctionnement à la fin du mois de septembre 2023, couvrant 58,7 % de la population³.

Le Gouvernement a, par ailleurs, annoncé avoir pour objectif la couverture de l'ensemble du territoire par des CPTS à la fin de l'année 2023⁴.

2. La constitution et la forme juridique des CPTS

• Afin d'assurer une **meilleure coordination de leur action** et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé, les professionnels de santé peuvent décider de se réunir en CPTS. Celle-ci est composée :

- de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'équipes de soins primaires ;
- d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours ;
- d'acteurs médico-sociaux et sociaux ;
- de services de prévention et de santé au travail.

Les membres des CPTS formalisent un **projet de santé**, transmis à l'agence régionale de santé (ARS) et précisant, en particulier, le territoire d'action de la communauté⁵.

¹ Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

² Albert Lautman, Hugo Gilardi, Marie-Hélène Certain, rapport Tour de France des CPTS. Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé, 28 juin 2023, p. 16.

³ Réponses écrites de la DGOS au questionnaire transmis par la rapporteure.

⁴ Déclaration de Mme Élisabeth Borne, Première ministre, sur le contenu des quatre axes du plan France ruralités, Saulgé (Vienne) le 15 juin 2023 : <https://www.vie-publique.fr/discours/289906-elisabeth-borne-15062023-presentation-du-plan-france-ruralites>

⁵ Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

- Les CPTS sont constituées sous la forme d'**associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901**¹.

En conséquence, leur sont applicables les dispositions de ladite loi prévoyant que tout membre d'une association peut s'en retirer en tout temps, après paiement des cotisations échues et de l'année courante, nonobstant toute clause contraire².

3. Les missions de service public pouvant être assurées par les CPTS

- Les CPTS peuvent être appelées, par une convention conclue avec l'ARS et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à assurer, en tout ou partie, **une ou plusieurs des missions de service public** suivantes :

- l'amélioration de l'accès aux soins ;
- l'organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé ;
- le développement d'actions territoriales de prévention ;
- le développement de la qualité et de la pertinence des soins ;
- l'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire ;
- la participation à la réponse aux crises sanitaires.

Lorsqu'elle a signé une telle convention et pour **compenser la charge des missions de service public** qu'elle exerce, la CPTS bénéficie d'aides spécifiques de l'État ou de l'Assurance maladie et d'exonérations fiscales³.

- Les CPTS peuvent verser à leurs membres :
 - des **indemnités**, destinées à compenser la perte de revenus subie par les membres en raison des fonctions qu'ils y exercent ;
 - des **rémunérations**, correspondant à la contrepartie de la participation des membres à la réalisation des missions de service public prises en charge⁴.

Les CPTS peuvent par ailleurs conclure, avec l'ARS, un contrat territorial de santé définissant leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'elles y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Elles peuvent, à ce titre, bénéficier de crédits du fonds d'intervention régional⁵.

¹ Article L. 1434-12-1 du code de la santé publique.

² Article 4 de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

³ Article L. 1434-12-2 du code de la santé publique.

⁴ Article D. 1434-44 du même code.

⁵ Article L. 1434-13 du même code.

B. Le présent article vise à rendre automatique l'adhésion des professionnels de santé à une CPTS

Le présent article vise à automatiser l'adhésion des professionnels de santé à une CPTS, nécessitant aujourd'hui un acte positif de leur part.

Pour cela, il insère dans le code de la santé publique un nouvel article L. 1434-12-3 disposant que, lorsque la CPTS a conclu avec l'ARS et la CPAM une convention lui confiant une ou plusieurs missions de service public, l'ensemble des professionnels de santé conventionnés¹ et des centres de santé relevant de l'accord national conclu avec l'Assurance maladie en deviennent membres, sauf opposition de leur part effectuée dans des conditions définies par arrêté.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le texte déposé a été modifié par un amendement rédactionnel du rapporteur adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Un amendement de Didier Martin (*Renaissance*), adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, a par ailleurs complété le présent article afin de préciser que les professionnels de santé automatiquement intégrés à la CPTS peuvent, à tout moment, s'en retirer.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

• **Favorable au renforcement, en ville, de la coordination des professionnels de santé** et à la structuration des parcours de soins, la commission des affaires sociales a soutenu, en 2016, les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé qui ont créé les CPTS.

Traditionnellement attentive à ce que les mesures prises en ce sens **respectent le libre exercice des professionnels**, la commission avait toutefois souligné, dans son rapport, que « *le dispositif des CPTS doit être entièrement facultatif et ne pas comprendre de mesures opposables aux professionnels de santé* ». Elle a également rappelé son « *attachement à un mode d'association souple qui permette aux professionnels de se coordonner selon les modalités de leur choix* »².

Aussi la commission, qui demeure attachée à cet équilibre, a-t-elle **accueilli les dispositions du présent article avec circonspection.**

¹ Médecins, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, auxiliaires médicaux, directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, entreprises de transports sanitaires.

² Rapport n° 653 (2014-2015) de M. Alain Milon, Mmes Catherine Deroche et Elisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015, p. 188.

- Elle a observé, d'abord, que ces dispositions étaient **très largement dénoncées par les professionnels de santé**.

La grande majorité des organisations représentatives des professionnels de santé libéraux auditionnées par la rapporteure ont, à cet égard, souligné qu'une coordination efficace des professionnels de santé, dans les territoires, ne pouvait reposer que sur le volontariat et l'implication de ces derniers.

- Parce qu'elles contraignent inutilement à adhérer aux CPTS des professionnels de santé qui n'entendent pas s'y impliquer, la commission a craint que les présentes dispositions ne **découragent les initiatives locales**, qui apparaissent pourtant particulièrement nombreuses et dynamiques ces dernières années.

Elle a relevé qu'à rebours de la présente mesure, le récent rapport du Dr Marie-Hélène Certain et d'Albert Lautman et Hugo Gilardi, établi à l'issue d'une mission confiée par la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, préconisait de « *stabiliser le cadre juridique et conventionnel des CPTS* ». Il notait, notamment, « *que la stabilité des textes est souhaitable car elle offre aux acteurs une certaine confiance dans l'environnement juridico-économique favorable aux initiatives y compris d'ailleurs dans les territoires aujourd'hui dépourvus* »¹.

- La commission a, enfin, émis des **doutes sur la portée réelle de ces dispositions**.

Elle a souligné que, les CPTS étant constituées sous la forme d'associations, le droit de s'en retirer librement était d'ores et déjà protégé par la loi du 1^{er} juillet 1901.

Compte tenu de ce droit, inutilement rappelé par les dispositions transmises, les professionnels automatiquement rattachés à une CPTS demeureront libres d'en sortir immédiatement. Ceux qui, au contraire, souhaitent participer par ce moyen à la coordination des soins et à la structuration des parcours sur leur territoire, sont d'ores et déjà membres des CPTS constituées ou sont libres d'y adhérer au moment de leur choix.

Compte tenu de leur faible portée et des effets contreproductifs qu'elles pourraient entraîner, la commission a adopté des **amendements identiques COM-49** de sa rapporteure et **COM-28** de Christine Bonfanti-Dossat, supprimant le présent article.

La commission a supprimé cet article.

¹ Albert Lautman, Hugo Gilardi, Marie-Hélène Certain, op. cit., p. 47.

Article 3 bis A

Revaloriser le rôle du médecin coordonnateur en Ehpad et USLD

Cet article propose de renforcer le rôle du médecin coordonnateur en Ehpad et en USLD en confortant ses missions et en autorisant sa désignation comme médecin traitant par les résidents.

La commission a adopté cet article, modifié par un amendement supprimant les dispositions relatives à la désignation du médecin coordonnateur comme médecin traitant.

I - Le dispositif proposé

A. Un constat partagé : la nécessité de médicaliser les structures de long séjour (Ehpad et USLD)

1. Le défaut persistant de médicalisation des Ehpad et USLD

Dans son rapport réalisé à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat « La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad : un nouveau modèle à construire » (février 2022)¹, la Cour des comptes constatait une dégradation générale de l'état de santé des résidents. Selon ce rapport, 600 000 personnes âgées dépendantes résident dans les Ehpad, âgées en moyenne de 86 ans.

Le rapport souligne les difficultés de recrutement dans ces structures et la nécessité d'agir sur l'attractivité des professionnels dans ce secteur. En parallèle, les difficultés d'accès à un médecin traitant s'accroissent dans plusieurs territoires et continueront à s'aggraver dans les prochaines années, compte tenu de l'évolution de la démographie des médecins généralistes². La Cour des comptes soulignait ainsi que « la fonction médicale apparaît particulièrement en difficulté. Dans la moitié des Ehpad, soit il n'y a pas de médecin coordonnateur, soit le nombre d'heures effectuées est insuffisant. Ce manque de personnel médical peut avoir des conséquences d'autant plus lourdes que les résidents n'ont pas toujours accès à un médecin traitant. »

Si le nombre de postes de médecin coordonnateur vacants n'est pas connu au niveau national, la direction générale de la cohésion sociale estime qu'environ un tiers des Ehpad ne disposerait pas de temps de médecin coordonnateur ou disposerait d'un temps insuffisant.

¹ Le rapport de la Cour des comptes, réalisé à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, a donné lieu au rapport d'information n° 156 (2021-2022) de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 23 février 2022.

² Drees, Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?, mars 2021.

Face à ce constat, la feuille de route gouvernementale « Ehpad-USLD 2021-2023 » publiée en mars 2022, affiche l'ambition de faire évoluer la fonction de médecin coordonnateur en s'appuyant sur les enseignements de la crise sanitaire.

2. Les missions du médecin coordonnateur récemment confortées

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a conforté le rôle du médecin coordonnateur en lui conférant, en articulation avec le médecin traitant, un pouvoir de prescription en dehors des situations d'urgence vitale ou de survenue de risques exceptionnels. L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit désormais que le médecin coordonnateur contribue « *à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qu'il peut lui-même réaliser, en cette qualité et en articulation avec le médecin traitant, dans des conditions prévues par décret* ».

Cet article indique aussi que « *ses autres missions sont également définies par décret* ». C'est l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles qui détaille l'ensemble des quatorze missions du médecin coordonnateur. Celles-ci comprennent notamment l'encadrement médical de l'équipe soignante, l'évaluation de la dépendance des résidents, la coordination d'une évaluation gériatrique et la coordination de l'intervention des professionnels. En outre, il réalise des prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, ainsi que tout acte lorsque le médecin traitant du résident n'est pas en mesure d'intervenir.

Enfin, la réglementation a récemment augmenté le temps minimal requis de médecin coordonnateur dans les Ehpad¹.

B. Une mesure qui poursuit la dynamique de revalorisation progressive du rôle du médecin coordonnateur

Le présent article, qui poursuit la revalorisation de la fonction de médecin coordonnateur en cours depuis quelques années, est issu de l'adoption en séance publique de trois amendements portés par Bastien Marchive et plusieurs de ses collègues du groupe *Renaissance*, Jérémie Patrier-Leitus et plusieurs de ses collègues du groupe *Horizons* et Yannick Neuder et plusieurs de ses collègues du groupe *Les Républicains*. Ils ont reçu un avis favorable du rapporteur.

¹ Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur. Le temps minimal est désormais fixé à 0,8 ETP contre 0,6 précédemment dans les structures d'au moins 100 places, et à 1 ETP contre 0,8 précédemment dans les structures d'au moins 200 places.

1. Un socle de missions renforcé qui parachève la reconnaissance du rôle du médecin coordonnateur dans le suivi médical des résidents

Le présent article 3 propose de compléter la rédaction du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, qui définit le rôle du médecin coordonnateur au sein des Ehpad et des USLD.

La responsabilité de l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement, actuellement inscrite à l'article D. 312-158 précité, est rehaussée au niveau de la loi. Le texte précise qu'elle s'exerce « *sous la responsabilité du responsable de l'établissement* », ajustant la rédaction actuelle de l'article D. 312-158 qui indique qu'elle s'exerce « *sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement* ».

Ce même alinéa propose de confier explicitement au médecin coordonnateur le suivi médical des résidents, pour lesquels il peut réaliser des prescriptions médicales. Il ajoute qu'il veille à la qualité de la prise en charge médicale des résidents. Ces nouvelles missions répondent au besoin de médicaliser globalement la prise en charge des résidents.

L'alinéa précise enfin que la fonction de médecin coordonnateur peut être exercée par un ou plusieurs médecins. Cette phrase se borne à entériner une pratique déjà effective, que n'interdit ni la loi ni la réglementation.

2. La volonté de garantir un médecin traitant à tous les résidents d'Ehpad et USLD

En outre, le présent article propose d'ouvrir la possibilité de désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant du résident, dans les conditions prévues à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale¹, soit dans les mêmes conditions que pour tout assuré social. Il s'agit ainsi de répondre à la difficulté des résidents à accéder à un médecin traitant en Ehpad et USLD. Le V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles serait complété à cette fin.

Le choix du résident est consigné par écrit au moment de son admission dans l'établissement, dans le contrat de séjour ou dans le document individuel de prise en charge². Il peut être modifié à tout moment.

¹ Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, premier alinéa : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. »

² Article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, quatrième alinéa : « Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. »

II - La position de la commission

La commission, consciente du déficit de temps médical dans les structures de long séjour et du manque d'attractivité de l'exercice médical en Ehpad et USLD, accueille favorablement l'ambition du présent article.

La revalorisation du rôle du médecin coordonnateur, en conciliant les missions de coordination et de soin, répond aux recommandations de la Cour des comptes et à l'évolution du profil des résidents accueillis dans les structures de long séjour. Cette mesure a donc recueilli un avis favorable de la commission.

En revanche, la rapporteure s'est interrogée sur les effets de bord que la désignation du médecin coordonnateur comme médecin traitant pourrait générer.

Cette mesure paraît en effet présenter un double risque : d'une part, elle pourrait entraîner une surcharge du médecin coordonnateur, appelé à se partager entre de trop nombreuses tâches et responsabilités ; d'autre part, elle pourrait conduire à un désengagement des médecins libéraux du suivi des résidents. L'une des motivations soutenues lors des débats en séance publique à l'Assemblée Nationale consistait justement à libérer du temps médical des médecins de ville, afin de leur permettre de se concentrer sur leur patientèle « hors structure ». La vigilance des commissaires s'est donc concentrée sur ce point précis.

Au demeurant, un amendement de même objet a été adopté dans le cadre de l'examen à l'Assemblée Nationale de la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France¹ en avril 2023. De ce fait, l'opportunité de ce dispositif pourra à nouveau être discutée à l'occasion de cette proposition de loi.

C'est pourquoi, à l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté un **amendement COM-50** supprimant les alinéas 3 et 4 du présent article, relatifs à la désignation du médecin coordonnateur comme médecin traitant.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ *Nouvel article 11 bis, créé par un amendement déposé à l'initiative de Bastien Marchive et de plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance en première lecture à l'Assemblée Nationale.*

Articles 3 bis B et 3 bis C

Mesures visant à lever certains freins dans le fonctionnement des Sisa

L'article 3 bis B vise à étendre de six mois à trois ans le délai pendant lequel une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) peut ne pas atteindre le plancher de professionnels de santé prévu parmi ses associés avant que ne puisse être demandée sa dissolution.

La commission a adopté l'article 3 bis B sans modification.

L'article 3 bis C substitue au régime de responsabilité illimitée aujourd'hui applicable aux associés des Sisa un régime de responsabilité limitée aux montants de leurs apports.

La commission a adopté l'article 3 bis C avec modification.

I - Le dispositif proposé

A. La Sisa est une catégorie de société civile créée en 2011 dans le but de donner une assise juridique aux maisons de santé pluriprofessionnelles

1. La Sisa, une innovation récente permettant la perception des nouveaux modes de rémunération dans un cadre juridique adapté aux contraintes de l'exercice coordonné

La **société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa)** est une catégorie de société issue de la loi dite « Fourcade »¹ du 10 août 2011, d'initiative sénatoriale, dont l'objectif principal était de **doter les maisons de santé pluriprofessionnelles d'une assise juridique propre**, qui leur soit adaptée.

Constatant **l'engouement croissant autour de l'exercice coordonné**, notamment chez les jeunes professionnels de santé, tout autant que la nécessité de **structurer davantage l'offre de soins** de premier recours dans un contexte de recul de l'accessibilité médicale, le législateur avait alors estimé opportun de créer un **nouveau statut juridique** sur lequel puissent s'adosser les maisons de santé pluriprofessionnelles. Ce statut devait être **moins rigide** que celui de la société civile interprofessionnelle (SCI), trop lourde à gérer, tout en permettant aux professionnels associés de **bénéficier des nouveaux modes de rémunération (NMR)**. Il s'agissait donc de créer une structure qui soit à même de facturer, de percevoir les NMR et de permettre la redistribution des bénéfices entre les associés.

¹ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Les nouveaux modes de rémunération, dont l'expérimentation était prévue par la LFSS pour 2008¹ et qui sont désormais **pérennisés** dans l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017², consistent en un **forfait complémentaire au paiement à l'acte**, conditionné à l'atteinte d'objectifs en matière de renforcement de l'accès aux soins, de coordination de l'offre de soins et de développement des systèmes d'information. Pour percevoir la rémunération forfaitaire, dont le **montant moyen est de 72 415 euros** par maison de santé en 2022, **la création d'une Sisa est nécessaire**.

La Cnam recensait, au 4 octobre 2023, 1 879 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), constituées en Sisa, soit 84 % de l'ensemble des MSP.

2. Les caractéristiques juridiques de la Sisa

La Sisa est une **société civile**³ dont les spécificités en matière de constitution et de fonctionnement sont régies par le titre IV du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique⁴. Aux termes de l'article 1845 du code civil et de l'article L. 4041-1 du code de la santé publique, **en dehors de ces dispositions dérogatoires, le droit commun des sociétés civiles**, régi par les chapitres I^{er} et II du titre IX du livre III du code civil, **s'applique aux Sisa**.

En particulier, le régime de responsabilité des Sisa est celui de **droit commun pour les sociétés civiles**, fixé à l'article 1857 du code civil. Celui-ci prévoit que les associés d'une société civile soient **responsables indéfiniment des dettes sociales** de la société à l'égard des tiers, à proportion de leur part dans le capital social. Les associés peuvent donc être amenés à rembourser des parts de dettes sociales excédant leurs apports.

L'objet de la Sisa, encadré par l'article L. 4041-2 du code de la santé publique, peut être :

- « *la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés* » ;

- « *l'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé* » ;

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

² La pérennisation du dispositif était déjà prévue dans le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité du 27 février 2015.

³ Article 1845 du code civil.

⁴ Article L. 4041-1 du code de la santé publique.

- depuis l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021, pour une maison de santé dont les statuts le permettent, l'exercice par des professionnels salariés d'activités de soins de premier et de second recours ou contribuant à la mise en œuvre du projet de santé, ou l'encaissement puis le reversement de tout ou partie des rémunérations des activités des personnes concourant à la mise en œuvre du projet de santé.

La Sisa peut **accueillir des associés et des salariés**, y compris si ces derniers exercent des fonctions de professionnels de santé depuis l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 et le décret n° 2021-747 du 9 juin 2021. Toutefois, le nombre de professionnels de santé salariés exerçant des activités de soins de premier et de second recours **ne doit pas dépasser celui des professionnels de santé libéraux associés**, aux termes de l'article L. 4041-4 du code de la santé publique.

Les associés de la Sisa sont obligatoirement des **personnes physiques¹ exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien²**, remplissant toutes les conditions en vigueur pour exercer leur profession et inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent³. Les associés peuvent exercer hors de la Sisa « *toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts* »⁴, ces derniers étant établis par écrit⁵ et transmis aux ordres et à l'ARS concernés⁶. Au minimum, la Sisa doit compter **deux médecins et un auxiliaire médical associés**, sans quoi tout intéressé peut, au bout de six mois, demander la **dissolution de la société⁷**. Ce délai peut être **prolongé d'une durée de six mois voire d'un an par le juge**, selon que le plancher de deux médecins et un auxiliaire médical est ou non atteint en comptant les éventuels médecins et auxiliaires médicaux salariés.

Sous condition, le résultat de la société peut être redistribué entre les associés selon une répartition fixée par les statuts ou, le cas échéant, au *prorata* de la part dans le capital social de chaque associé⁸.

¹ Article L. 4041-1 du code de la santé publique.

² Le cas échéant, ces professionnels « peuvent également être associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral » aux termes de l'article L. 4041-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 4041-3 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4041-6 du même code.

⁵ Article L. 4041-5 du même code.

⁶ Article L. 4041-7 du même code.

⁷ Article L. 4041-4 du même code.

⁸ Article 1844-1 du code civil.

B. Les articles 3 bis B et 3 bis C visent à lever certains freins dans la gestion des Sisa

1. L'article 3 bis B propose d'étendre de six mois à trois ans le délai au terme duquel une Sisa n'atteignant pas les planchers de professionnels de santé parmi les associés peut faire l'objet d'une demande en dissolution

L'article 3 bis B, introduit en séance publique à l'Assemblée nationale par amendement gouvernemental, modifie l'article L. 4041-4 du code de la santé publique afin **d'allonger de six mois à trois ans le délai** au terme duquel une Sisa n'ayant pas au moins deux médecins et un auxiliaire médical parmi ses associés peut faire l'objet d'une demande en dissolution par toute personne intéressée.

Alors que la dissolution pouvait initialement être demandée puis prononcée sans délai dès lors que les planchers de professionnels de santé parmi les associés n'étaient plus atteints, l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 a créé un **délai de tolérance de six mois** avant le terme duquel il n'est pas possible de demander de dissolution de la Sisa au titre du manque de professionnels de santé parmi les associés.

Ce délai a été introduit face aux **difficultés rencontrées par certaines Sisa pour associer de nouveaux professionnels de santé**, qu'ils soient médecins ou auxiliaires médicaux, à la suite du départ en retraite d'un associé, de son déménagement ou de son retrait de la société. L'atteinte du plancher de professionnels de santé, et notamment de médecins, parmi les associés constitue « *une difficulté notable* » pour les Sisa, selon la fédération AVECSanté, interrogée par la rapporteure.

De plus, l'ordonnance précitée ouvrait aux Sisa la possibilité de salarier des professionnels de santé : dès lors, une Sisa n'atteignant pas le plancher de professionnels de santé au sein de ses associés pouvait, grâce aux salariés, héberger l'activité d'autant de professionnels qu'une Sisa atteignant le plancher.

Dès lors, la même ordonnance a créé, en plus du délai de six mois avant qu'il ne soit possible d'agir en dissolution d'une Sisa, un **délai supplémentaire, à la main du juge, de six mois ou un an** selon que le plancher de deux médecins et un auxiliaire médical est ou non atteint en comptant les éventuels médecins et auxiliaires médicaux salariés.

En l'état du droit en vigueur, il peut donc déjà s'écouler, selon la situation salariale de la Sisa, **douze ou dix-huit mois** entre le départ d'un associé laissant insuffisamment de professionnels médicaux parmi les associés et l'action en **dissolution de la société** à ce titre.

2. L'article 3 bis C propose de limiter la responsabilité des associés d'une Sisa au montant de leurs apports

L'article 3 bis C, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par amendement gouvernemental, insère un article L. 4042-4 au sein du chapitre II du titre IV du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, régissant le fonctionnement des Sisa.

Cet article L. 4042-4 nouveau dispose, en son premier alinéa, que la **responsabilité** à l'égard des tiers de chaque associé d'une Sisa ne peut être engagée que **dans la limite du montant de son apport** au capital de la société.

En son second alinéa, l'article précise que l'associé qui n'est à l'origine que d'un **apport en industrie** à la Sisa est tenu comme celui dont la participation dans le capital social est **la plus faible**, sans prévoir qu'une clause statutaire puisse y contrevenir. Cette dernière disposition, issue du droit commun des sociétés civiles, s'applique déjà dans le droit en vigueur pour les Sisa¹.

Pour créer une société, des personnes physiques ou morales doivent s'associer pour constituer un capital social : chaque associé met à disposition des ressources, des actifs ou des compétences alimentant l'actif de la société, c'est-à-dire son patrimoine.

L'article 1843-3 du code civil distingue trois types d'apports, selon que l'associé met à disposition :

- une somme d'argent, on parle alors d'apport en numéraire ;
- des biens, un fonds de commerce, des outils, des locaux ou tout actif pouvant être évalué pécuniairement et cédé, on parle alors d'apport en nature ;
- ses connaissances ou son travail, on parle alors d'apport en industrie.

Bien que l'apport en industrie ne concoure pas à la formation du capital social, il donne lieu à l'attribution de parts ouvrant droit au partage des bénéfices et de l'actif net, à charge de contribuer aux pertes.

L'article 3 bis C entend, **comme le permet l'article 1845 du code civil**, déroger aux dispositions de l'article 1857 du code civil et transformer le régime de responsabilité de la Sisa **d'une responsabilité illimitée à une responsabilité limitée aux apports des associés dans le capital social**, étant entendu que l'associé dont l'apport se résume à un apport en industrie est, comme c'est déjà le cas dans le droit en vigueur, tenu comme celui dont la participation dans le capital social est la plus faible.

¹ Article 1857 du code civil.

Si la **responsabilité limitée** est **courante** parmi les **sociétés commerciales** – sociétés à responsabilité limitée (SARL)¹, sociétés par actions simplifiées (SAS)², sociétés anonymes (SA)³ –, elle est plus rare au sein des sociétés civiles. Les sociétés civiles d'épargne forestière ou les groupements agricoles d'exploitation en commun ont toutefois déjà des régimes de responsabilité se rapprochant de régimes à responsabilité limitée.

Aux termes de l'article L. 214-89 du code monétaire et financier, la responsabilité de chaque associé d'une société civile d'épargne forestière ne peut être engagée **que dans la limite de deux fois le montant** de sa part au capital social. Si les statuts le prévoient, la responsabilité de chaque associé peut même être limitée au montant de sa part dans le capital social.

De même, l'article L. 323-10 du code rural et de la pêche maritime prévoit que la responsabilité de chaque associé au capital d'un groupement agricole d'exploitation en commun est limitée à **deux fois la fraction du capital social qu'il possède**, sauf disposition statutaire défavorable contraire.

II - La position de la commission

A. La commission a soutenu les dispositions de l'article 3 bis B, qui permettront de sécuriser l'offre de soins pour les patients

La commission a **accueilli favorablement les dispositions de l'article 3 bis B**, qui permettront de **sécuriser l'offre de soins** pour les patients.

Dans un contexte de démographie médicale défavorable, retrouver un médecin associé après le départ de l'un d'eux peut « **constituer une difficulté notable** » pour une Sisa, aux dires d'AVECSanté, mouvement visant à développer l'exercice coordonné en MSP. Dès lors que le non-respect durant six mois du plancher de professionnels de santé parmi les associés en Sisa ouvre droit à tout tiers intéressé de demander sa dissolution, la difficulté à retrouver un nouveau professionnel de santé parmi les associés **se traduit directement par un risque de disparition de la structure**. Ce risque est **préjudiciable aux associés**, puisqu'il met en péril un projet ayant demandé un investissement financier et humain important, mais aussi et surtout aux **patients, dont la continuité de l'offre de santé est menacée**.

La commission fait ainsi sienne l'analyse du mouvement AVECSanté selon laquelle « *l'allongement du délai à 3 ans permet le temps nécessaire à la recherche d'un nouveau professionnel de santé et associé, et favorise la continuité de l'offre de santé* ».

¹ Article L. 223-1 du code de commerce.

² Article L. 227-1 du même code.

³ Article L. 225-1 du même code.

La commission note toutefois que ces dispositions **privent, dans les faits, en partie d'effet utile le plancher en professionnels de santé parmi les associés**. *In fine*, celui-ci ne trouverait pleinement à s'appliquer qu'à la constitution de la Sisa, et des marges importantes seraient laissées aux associés pour atteindre à nouveau le plancher en gestion si certains associés venaient à céder leurs parts.

La commission a adopté cet article sans modification.

B. La commission a adopté l'article 3 bis C avec modification afin de ne pas créer un régime excessivement dérogatoire

La commission a pris note de la demande forte d'AVECSanté concernant la **suppression de la responsabilité illimitée pour les associés en Sisa**, qu'elle a jugée **justifiée eu égard au changement d'ordre de grandeur des dépenses auxquelles les MSP peuvent être confrontés**. Le développement du salariat en Sisa, y compris pour les professionnels de santé, les conflits prud'homaux qui peuvent en découler, les charges immobilières, l'abonnement logiciel métier partagé sont autant de postes de dépenses des Sisa dont le montant peut être significatif.

Dès lors, la fin du régime de responsabilité illimitée en Sisa permettra de « rassurer les associés », selon AVECSanté.

Toutefois, consciente des risques pour les créanciers, la commission n'a pas souhaité créer de précédent en attribuant pour la première fois à une société civile non immobilière¹ une responsabilité limitée aux apports des associés. Elle a préféré, en adoptant l'**amendement COM-51** de sa rapporteure, limiter la **responsabilité des associés à deux fois le montant de leurs apports**, comme le prévoit déjà le droit en vigueur pour les sociétés civiles d'épargne forestière ou les groupements agricoles d'exploitation en commun.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Les sociétés d'attribution d'immeubles en jouissance à temps partagé sont, par exemple, des sociétés civiles bénéficiant d'un régime de responsabilité limité aux apports des associés, mais celle-ci n'exerce pas, en tant que telle, une activité économique.

Article 3 bis D

Création de la fonction d'infirmier référent

Cet article vise à créer la fonction d'infirmier référent, assurant une mission de prévention, de suivi et de recours en lien avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant.

La commission a adopté cet article avec des modifications visant à préciser que la désignation d'un infirmier référent est une faculté, à réserver celle-ci aux patients en ALD et à permettre la désignation conjointe de plusieurs infirmiers référents lorsque ceux-ci exercent au sein d'une même structure.

I - Le dispositif proposé

A. Les compétences des infirmiers et la structuration du parcours de soins

1. Les compétences des infirmiers et leur place dans la coordination des soins

• Classée par le code de la santé publique parmi les « *auxiliaires médicaux* », la **profession d'infirmier** comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé¹.

Leurs compétences sont limitativement définies² par un décret d'actes de 2002³. Celui-ci distingue notamment :

- **les actes relevant du rôle propre de l'infirmier**, parmi lesquels figurent, par exemple, les soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne, la surveillance de l'hygiène, de l'équilibre alimentaire, du repos et du sommeil, la réalisation et la surveillance des pansements, *etc.*⁴ ;

- **les actes réalisés sur prescription médicale**, comprenant la mise en place et l'ablation d'un cathéter, les injections et perfusions, l'administration de médicaments, *etc.*⁵ ;

- **les techniques mises en œuvre par le médecin auxquelles l'infirmier participe**, dont relèvent, par exemple, les actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale¹.

¹ Article R. 4311-1 du code de la santé publique.

² En application de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, n'exercent pas illégalement la médecine les « personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

³ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

⁴ Article R. 4311-5 du code de la santé publique.

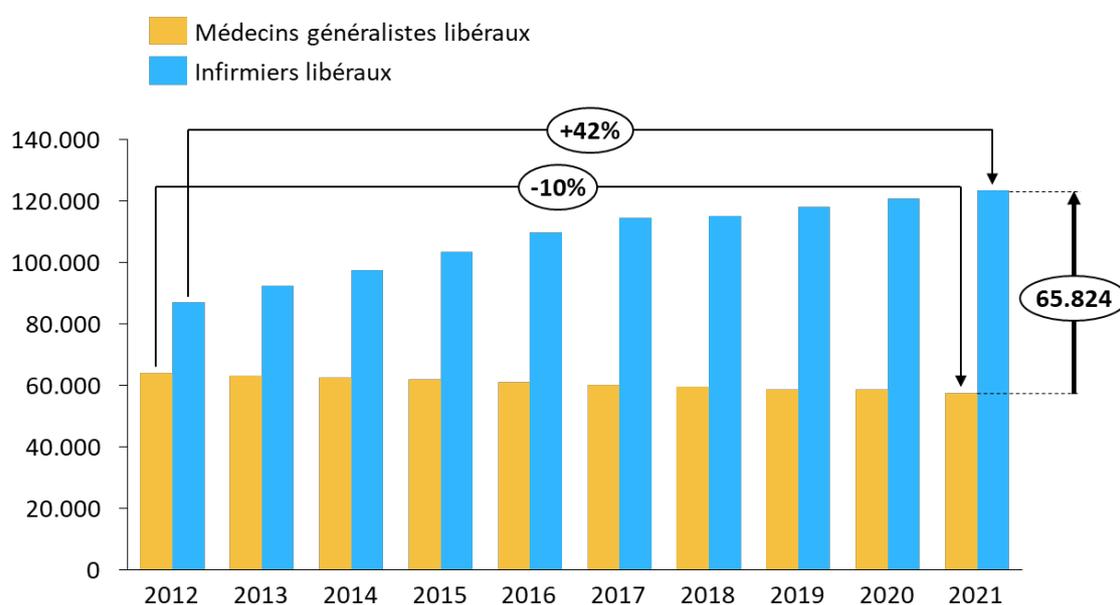
⁵ Articles R. 4311-7 et R. 4311-9 du même code.

• Le rôle exercé par les infirmiers dans la coordination des soins apparaît important.

Un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales observait ainsi que « la fonction de coordination au domicile du patient est d'ores et déjà exercée pour partie par les infirmiers intervenant à domicile, du fait de leur présence régulière chez le patient et de leur compétence clinique »². Il soulignait, également, leur rôle dans la coordination à l'hôpital et la gestion des sorties.

En ambulatoire, cette place est confortée par le **dynamisme démographique de la profession infirmière**, qui contraste avec le déclin du nombre de médecins généralistes libéraux constaté depuis plus de dix ans.

Évolution du nombre de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux (2012-2021)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données de la Drees Démographie des professionnels de santé

2. La structuration du parcours de soins

Les efforts de coordination des soins de ville et de structuration des parcours de soins ont conduit, ces dernières années, à la reconnaissance du médecin traitant comme du pharmacien correspondant.

¹ Article R. 4311-10 du code de la santé publique.

² Igas, Évolution de la profession et de la formation infirmières, octobre 2022, p. 187.

• La loi de 2004 relative à l'assurance maladie¹ a remplacé le dispositif, mis en place par la convention des médecins généralistes de 1998², du médecin référent en organisant le parcours de soins autour du **médecin traitant**.

Pour favoriser la coordination des soins, tout assuré doit indiquer à sa caisse d'assurance maladie le médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le médecin traitant peut être un médecin généraliste comme spécialiste, libéral, salarié ou hospitalier.

Afin d'inciter au respect du parcours de soins coordonné autour du médecin traitant, le ticket modérateur dû par l'assuré est majoré lorsque ce dernier ne déclare pas de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant³.

• Par ailleurs, la **loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019** a renforcé les missions des pharmaciens de coordination, créés par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009⁴, en **créant la fonction de pharmacien correspondant**⁵.

En officine et dans le cadre d'un exercice coordonné porté par une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), un centre de santé (CS), une équipe de soins primaires (ESP) ou spécialisés (ESS) ou une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), les pharmaciens correspondants peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et adapter, au besoin, leur posologie⁶.

Un décret de 2021⁷ a précisé que :

- le **projet de santé** de la structure d'exercice coordonné à laquelle participent le pharmacien correspondant et le médecin traitant définit les modalités d'information du médecin, notamment en cas d'ajustement de la posologie ;

- les **prescriptions médicales comportent**, le cas échéant, **une mention** autorisant le renouvellement par le pharmacien correspondant et l'ajustement de la posologie ;

¹ Article 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

² Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes.

³ Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article 38 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵ Article 28 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁶ Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

⁷ Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant.

- la durée totale de la prescription et de l'ensemble des renouvellements réalisés par le pharmacien correspondant **ne peut excéder douze mois**¹.

B. Le présent article vise à créer la fonction d'infirmier référent

Le présent article, issu de trois amendements identiques de Chantal Jourdan (*Socialistes*), Jérémie Patrier-Leitus (*Horizons*) et Thierry Frappé (*Rassemblement national*) adoptés en séance publique par l'Assemblée nationale, vise à créer la fonction d'infirmier référent, chargé notamment d'une mission de suivi.

Pour ce faire, il insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-12-2-1 disposant qu'afin de favoriser la coordination des soins :

- tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom de l'infirmier référent qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci et, pour les mineurs âgés de seize ans ou plus, celui de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale ;

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

L'infirmier référent est chargé, par ces dispositions, d'une mission de prévention, de suivi et de recours, en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant.

II - La position de la commission

Favorable à la structuration du parcours de soins et à une meilleure reconnaissance du rôle des infirmiers dans la coordination, la commission a **favorablement accueilli ces dispositions**. Elle a toutefois souhaité les compléter pour sécuriser le dispositif.

• La commission a, d'abord, adopté un **amendement de sa rapporteure COM-52 faisant de la désignation d'un infirmier référent une faculté**, et réservant cette dernière aux **patients en affection de longue durée (ALD)** nécessitant des soins infirmiers.

Elle a ainsi souhaité que le dispositif bénéficie, d'abord, aux patients les plus susceptibles d'avoir besoin, de manière répétée et prolongée, de soins infirmiers. Les organisations représentatives de la profession entendues par la rapporteure se sont prononcées pour un tel ciblage, devant permettre d'évaluer l'effet de la mesure avant une éventuelle extension.

¹ Article R. 5125-33-5 du code de la santé publique.

- À l'initiative de sa rapporteure, la commission a également adopté un **amendement COM-53** permettant la désignation de plusieurs infirmiers référents lorsque ceux-ci exercent au sein d'un même cabinet et partagent les mêmes locaux, ou lorsque ceux-ci exercent au sein d'un même centre de santé ou d'une même maison de santé.

Elle a, ainsi, souhaité mieux répondre aux situations dans lesquelles un patient est suivi par plusieurs infirmiers exerçant au sein d'une même structure.

- Enfin, la commission a adopté un **amendement rédactionnel COM-54** visant à préciser que l'accord de l'infirmier désigné doit toujours être recueilli, y compris pour les mineurs de seize ans.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3 bis

Intégrer les professionnels de la médecine scolaire dans les communautés professionnelles territoriales de santé

Cet article propose de systématiser l'intégration des professionnels de la médecine scolaire dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

La commission a adopté cet article modifié par un amendement de précision rédactionnelle.

I - Le dispositif proposé

A. La médecine scolaire : des missions progressivement renforcées, des difficultés de fonctionnement persistantes

La médecine scolaire est un acteur de la politique de santé publique. Forte d'environ 20 300 équivalents temps plein (ETP) constitués de médecins, d'infirmiers, de psychologues et d'assistants de service social, ses effectifs ont globalement évolué à la hausse, à l'exception notable des effectifs de médecins qui ont connu une diminution de 15 % entre 2013 et 2018, pour atteindre 966 ETP¹.

La loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République a renforcé le rôle dévolu à la médecine scolaire. Elle a notamment inscrit les actions de promotion de la santé des élèves dans le socle de ses missions et lui a fixé deux objectifs : favoriser la réussite scolaire des élèves et réduire les inégalités en santé².

¹ Le taux d'occupation des postes de médecins scolaires s'établissait à 57 % en 2018.

² Article L. 541-1 du code de l'éducation.

La contribution de la médecine scolaire à la prévention en santé peut se révéler cruciale, en raison des visites et dépistages obligatoires qu'il lui incombe de réaliser ; il s'agit par exemple de la visite médicale lors de la sixième année de l'enfant, de la consultation infirmière à la douzième année ou de la visite médicale d'aptitude à laquelle doivent se soumettre les élèves mineurs de l'enseignement professionnel.

Pourtant, la Cour des comptes pointait dans un rapport diffusé en avril 2020¹ la difficulté globale de la médecine scolaire à assurer ses missions, le manque d'effectifs médicaux autant que les défauts d'organisation et de pilotage expliquant ce constat général. Le cloisonnement des interventions des professionnels de la santé scolaire auprès des élèves, à rebours de la pluridisciplinarité qui devrait prévaloir, ne favorise pas la qualité de l'approche et du suivi proposés aux élèves.

Soulignant l'importance de nouer des partenariats avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les associations de prévention, la Cour des comptes indiquait, dans le rapport précité qu'« *en l'état actuel de la démographie médicale, il est illusoire de penser que les objectifs nationaux de dépistages peuvent être atteints sans la construction de tels liens* ».

B. L'intégration des CPTS : une mesure pour consolider l'action des professionnels de la médecine scolaire et favoriser l'accès aux soins des enfants et des adolescents

L'article 3 bis propose de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique qui définit la composition des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour y inclure les professionnels de la médecine scolaire.

La CPTS est un outil de territorialisation de la politique de santé. Créée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, elle constitue un cadre pour la coordination de l'action des professionnels de santé volontaires d'un territoire, dans une dimension pluridisciplinaire, et pour concourir à la structuration des parcours de santé. À cette fin, les membres de la CPTS formalisent un projet de santé, transmis à l'agence régionale de santé (ARS). Ce projet précise le territoire d'action de la communauté².

L'article L. 1434-12 précité dispose que la CPTS « *est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que de services de prévention et de santé au travail, concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé* ».

¹ Cour des comptes, Les médecins et les personnels de santé scolaire, avril 2020.

² Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

La crise sanitaire de la covid-19 a accéléré la dynamique de structuration des CPTS. Les professionnels de santé du secteur ambulatoire qui se sont saisis de ce cadre semblent y avoir trouvé une opportunité pour gagner en visibilité et bâtir des actions collectives.

756 CPTS étaient recensées en décembre 2022, avec des degrés de formalisation divers, couvrant 68 % de la population. Parmi elles, 389 CPTS couvrant 48,5 % de la population étaient signataires de l'accord-cadre interprofessionnel du 20 juin 2019 ayant permis de définir un cadre conventionnel pérenne de financement des CPTS¹.

II - La position de la commission

Le présent article œuvre à une approche plus transversale de la santé de l'enfant en facilitant la coordination de tous les intervenants, depuis les actions de prévention et promotion de la santé jusqu'à l'orientation vers des soins d'aval.

En premier lieu, il apparaît opportun de rappeler que les services de santé scolaire sont placés sous la tutelle du ministère de l'éducation nationale. En conséquence, la perspective d'une intégration systématique des professionnels de la médecine scolaire dans les CPTS suppose l'implication des services de l'État pour organiser les modalités de cette collaboration.

Dès 2019, le rapport de Stéphanie Rist et Marie-Sophie Barthelet-Derrien relatif au parcours de coordination renforcée des enfants de zéro à six ans incitait à « *prendre appui sur les modes d'exercice coordonné existants (CPTS, équipes de soins pluridisciplinaires, maisons de santé pluridisciplinaires)* »². De plus, dans son rapport précité sur les médecins et les personnels de santé scolaire, la Cour des comptes recommandait d'engager une contractualisation des services académiques avec les collectivités territoriales et les ARS pour définir les conditions de cette collaboration avec les services de santé scolaire. La rapporteure partage cette approche, sur laquelle se fonde le présent article.

En deuxième lieu, sur le périmètre des CPTS, la commission a relevé que celles-ci intègrent depuis le 31 mars 2022 les services de prévention et de santé au travail³. De ce point de vue et compte tenu de ses missions, l'intégration des professionnels de la médecine scolaire aux CPTS apparaît légitime.

¹ Albert Lautman, Hugo Gilardi, Marie-Hélène Certain, rapport Tour de France des CPTS. Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé, 28 juin 2023, p. 16.

² Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans, Stéphanie Rist et Dr Marie-Sophie Barthelet-Derrien, mars 2019.

³ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

Toutefois, la commission a estimé nécessaire d'améliorer la rédaction du présent article. En effet, dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale, il mentionne les professionnels de la « médecine scolaire ». Or il semble plus opportun de mentionner les professionnels de la « santé scolaire ». En effet, eu égard aux effectifs actuels de médecins scolaires, l'enjeu de l'intégration des professionnels de la santé scolaire au sein des CPTS concerne en fait essentiellement les infirmiers, les psychologues et les assistants de service social.

Pour ces raisons, à l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté un **amendement COM-55** substituant les mots « santé scolaire » à « médecine scolaire ».

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4

Accroître la participation des établissements de santé à la permanence des soins

Cet article vise à renforcer la participation de l'ensemble des établissements et professionnels de santé à la permanence des soins en établissements de santé.

La commission a adopté cet article modifié en vue de renforcer la gradation du dispositif d'organisation de la permanence des soins en établissement, affirmer le rôle premier des établissements dans sa mise en œuvre et faire assurer par l'agence régionale de santé la cohérence du dispositif avec les besoins identifiés et les ressources disponibles.

I - Le dispositif proposé

A. Une permanence des soins à l'hôpital inégalement assurée par les établissements de santé

1. Une permanence des soins en établissement indispensable à la permanence et à la continuité des soins

La permanence des soins, qui recouvre la capacité du système de santé à assurer des prises en charge non programmées en dehors des heures habituelles, a été redéfinie par la loi « Rist 2 » au début de l'année 2023¹.

¹ Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Art. L. 1110-4-1 du code de la santé publique

Les usagers du système de santé bénéficient de la permanence des soins dans les conditions prévues au présent code.

Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État sont responsables collectivement de la permanence des soins mentionnée aux articles L. 6111-1-3 et L. 6314-1.

• **La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) recouvre elle la capacité, dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) à prendre en charge dans des établissements de nouveaux patients orientés depuis les urgences, les soirs, week-ends et jours fériés.**

Comme l'explique l'Inspection générale des affaires sociales dans son rapport de juillet 2023¹ : « *Ce sont l'ensemble des gardes et d'astreintes reconnues dans les schémas régionaux de la PDSES arrêtés par les agences régionales de santé (ARS), leur mise en œuvre par les établissements de santé et la mobilisation des ressources humaines médicales afférentes qui constituent globalement le dispositif de PDSES. Dans les faits, la PDSES est constituée d'autant d'organisations graduées que de spécialités médicales concernées, de la proximité jusqu'au recours régional voire inter-régional, rassemblées dans un dispositif coordonné.* »

6 535 lignes de PDSES ont été recensées dans les 14 ARS ayant répondu à l'enquête de la mission Igas :

- **30 % des lignes de gardes** (2004) ;

- **58 % de lignes d'astreinte** (3796) ;

- **12 % de lignes « mixtes »** (½ gardes, ½ astreintes, ou astreintes de semaine gardes de week-end) (736).

Source : Rapport Igas 2023

La permanence des soins peut être assurée par un établissement seul ou de manière partagée, par des lignes réparties sur plusieurs structures ou une mutualisation de ressources avec des praticiens intervenant hors de leur établissement.

¹ Igas, La permanence des soins en établissements de santé, juin 2023.

2. Un dispositif répondant au besoin mais inégal et fragile

• Dans son rapport d'étape de 2021¹ comme dans son rapport de 2023, l'Igas fait état qui, si le dispositif de PDSSES « *semble globalement assurer son rôle d'accès aux soins spécialisés urgents pour les situations médicales les plus lourdes, il est soumis à de très fortes tensions qui le fragilisent et qui risquent de s'amplifier dans les prochaines années* ».

En outre, la mission signale que « *la pression que la pandémie a fait peser sur les ressources humaines hospitalières, les tensions sociales persistantes ainsi que les inquiétudes croissantes exprimées concernant l'attractivité de l'exercice à l'hôpital n'auront contribué à atténuer ni l'acuité de ces constats ni la sensibilité des enjeux associés* ».

Si les constats faits par l'Igas concluent à « *l'absence de dysfonctionnements majeurs et structurels signalés à date concernant le fonctionnement de la PDSSES, susceptibles de mettre en cause l'équilibre général du système et la continuité des prises en charge* », plusieurs difficultés importantes sont identifiées par la mission.

Les principales lacunes concernent **l'inégale répartition de la charge** de la permanence des soins, insistant sur une « *acceptabilité de plus en plus difficile des contraintes associées au fonctionnement de la PDSSES* », avec des effets de l'organisation actuelle de la PDSSES particulièrement **en matière d'attractivité** pour les professionnels de santé. La mission Igas, qui estime que la situation représente « *une menace sérieuse pour la stabilité et la soutenabilité des organisations de PDSSES* » a également pointé « *l'hétérogénéité, source d'incompréhensions parmi les acteurs hospitaliers, des modalités de mise en œuvre de la PDSSES en régions* ».

3. Une charge inégalement assurée entre catégories d'établissements

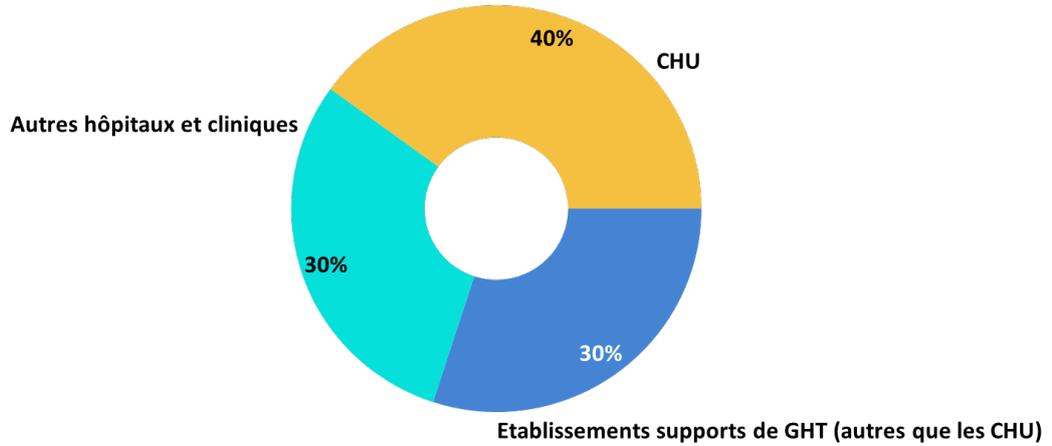
Le principal problème identifié concernant la permanence des soins en établissement semble bien la répartition de la charge.

Il ressort des travaux de la mission Igas que **les gardes sont très majoritairement assurées par le secteur public, à plus de 80 %**. Parmi le secteur public, les centres hospitaliers universitaires (CHU) assurent à eux seuls 40 % de celles-ci, quand la moitié des gardes des établissements non universitaires est assurée par un établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) non CHU. **Les GHT assurent ainsi 70 % des gardes**.

Des différences apparaissent cependant selon les régions, avec des déséquilibres parfois encore plus marqués, le secteur public occupant par exemple 70 % des gardes en PACA mais l'intégralité en Corse.

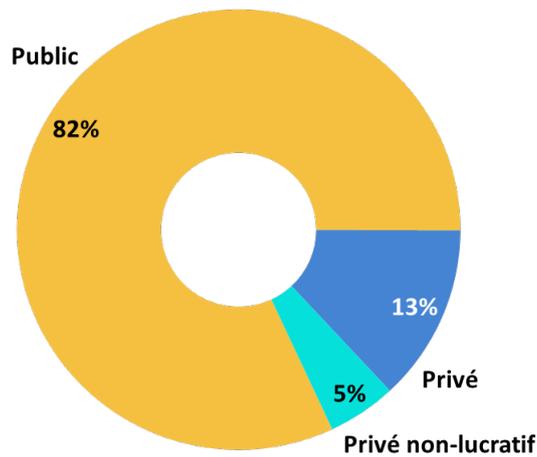
¹ Igas, Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissement de santé, 2020-024R, mars 2021.

Répartition des gardes par types de structures



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après rapport Igas

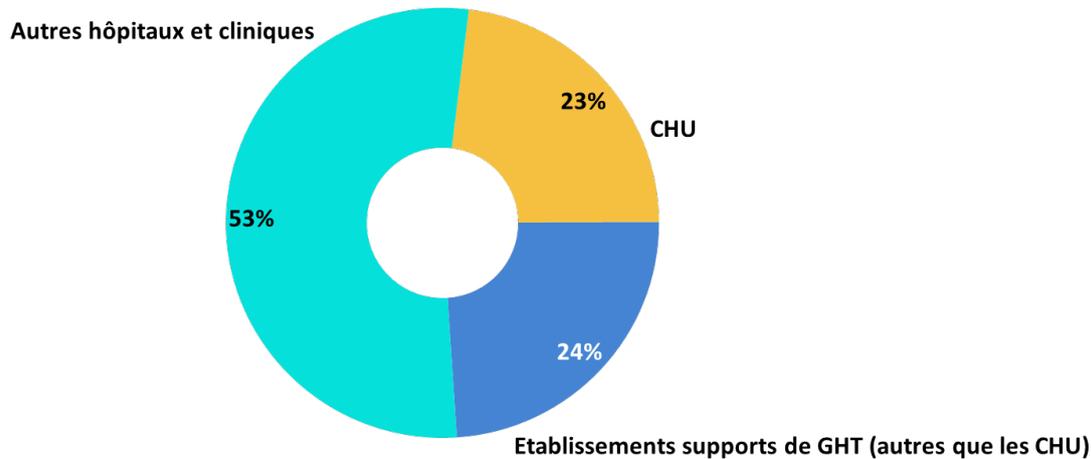
Répartition des gardes par secteurs d'hospitalisation



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après rapport Igas

La situation des astreintes apparaît cependant différente concernant la répartition de la charge entre catégories d'établissements, CHU et établissements non universitaires supports de GHT assurant ensemble moins de la moitié.

Répartition des astreintes par types de structures



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après rapport Igas

4. Une pression différente selon les spécialités

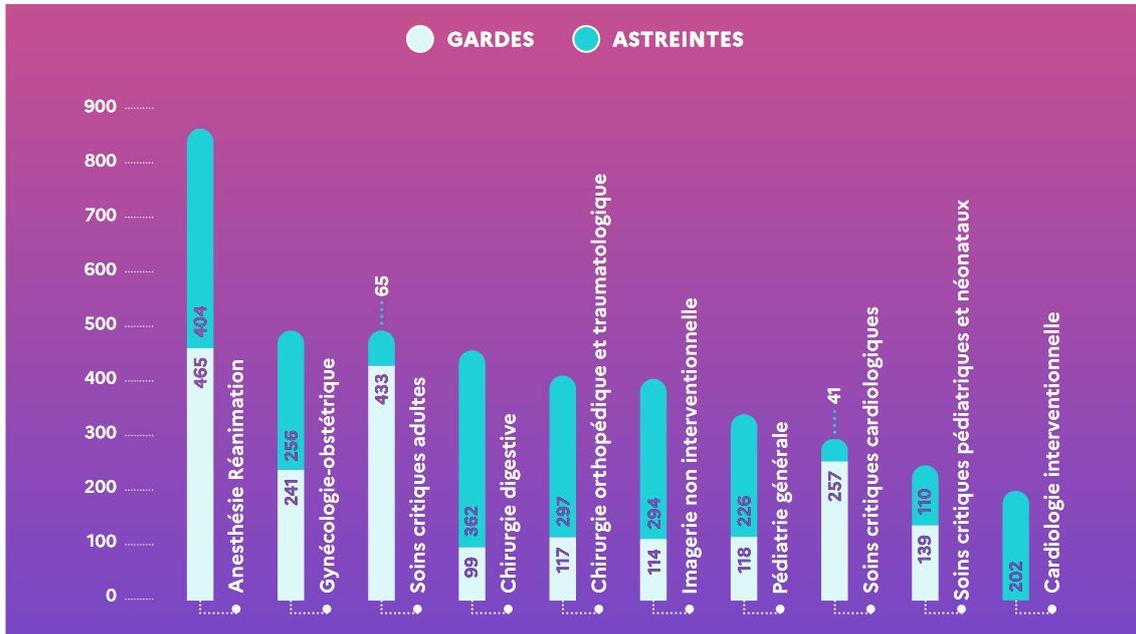
Autre fait marquant des déséquilibres de l'organisation de la permanence des soins en établissement, la mission Igas souligne que « sur les quarante spécialités proposées dans l'enquête, quatre (anesthésie-réanimation, soins critiques adultes, soins critiques en cardiologie et gynécologie-obstétrique) concentrent à elles seules 66 % des lignes de gardes inscrites aux schémas ».

- Selon l'Igas, les dix spécialités les plus importantes concentrent 90 % des lignes de gardes, tandis que quatorze spécialités n'ont aucune ligne de garde financée au titre de la PDSES.

La répartition entre spécialités serait cependant plus équilibrée pour les astreintes.

La mission indique ainsi que l'anesthésie-réanimation apparaît de très loin la spécialité la plus sollicitée, quelles que soient les modalités prises en compte, avec « 13,3 % du nombre total de lignes des schémas et 75 % de plus que les spécialités suivantes ».

Les dix spécialités les plus sollicitées pendant les gardes et les astreintes



Source : Rapport de l'Igas, La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, juin 2023

B. Une proposition d'amorce de « rééquilibrage »

Dans sa version initiale, le présent article se bornait à **modifier de manière limitée l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique, relatif à la participation des établissements de santé à la permanence des soins** afin de préciser :

- que l'appel à participer pouvait également s'entendre comme un appel à « **contribuer** » à la PDS, préférant cette notion à une participation aujourd'hui inscrite comme « en tout ou partie » ;

- que la participation des établissements à la PDS concernait la permanence des soins « **en établissements** », faisant de cet article une disposition propre à la seule permanence des soins en établissement et non à une participation des établissements à la permanence des soins en général.

Article L. 6111-1-3 du code de la santé publique

Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire.

Dans son exposé des motifs, l'auteur précisait ainsi mettre les dispositions en cohérence avec la loi « Rist 2 »¹ sur la permanence des soins».

En outre, cette disposition s'inscrit dans le contexte des annonces du Président de la République, lors de ses vœux aux acteurs de la santé, lequel avait appelé à « *redistribuer les efforts* » en matière de permanence des soins et souhaité que « *les cliniques et les hôpitaux puissent participer avec la même intensité à cette mission fondamentale* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. En commission, une mention explicite du rôle des professionnels de santé

La commission des affaires sociales a, à l'initiative de son rapporteur², modifié le présent article afin de prévoir explicitement au sein de l'article du code de la santé publique relatif à la permanence des soins en établissement **la mention des professionnels de santé**.

Aux termes de cette rédaction, **les professionnels de santé sont, aux côtés des établissements de santé, ainsi appelés à assurer ou à contribuer à la PDSSES**.

Le rapporteur précisait ainsi dans l'objet de son amendement soutenir un « **rééquilibrage des contributions de l'ensemble des acteurs** » et entendre préciser, outre la responsabilité des établissements, **le rôle des professionnels qui y exercent**.

B. En séance publique, une réécriture des dispositions relatives à la permanence des soins en établissement

À l'initiative conjointe du Gouvernement et du rapporteur, l'Assemblée nationale a en séance publique retenu au sein du présent article **une réécriture complète et très large de l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique**, suivant les préconisations formulées par l'Inspection générale des affaires sociales.

Le **premier alinéa du 1°** de la nouvelle rédaction prévoit ainsi que **les établissements et titulaires d'autorisations, ainsi que les professionnels exerçant en leur sein, peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer la permanence des soins en établissement ou à y contribuer**.

Professionnels exerçant en établissements et établissements eux-mêmes sont ainsi conjointement présentés comme ayant vocation à assurer la permanence des soins en établissement, quand la rédaction existante de l'article ne mentionnait que les seuls établissements.

¹ Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

² Amendement n° AS772.

Le **deuxième alinéa du même 1°** précise le **régime de responsabilité** des professionnels appelés à exercer, au titre de la PDSSES, **dans un autre établissement**, prévoyant la couverture par le régime de responsabilité applicable aux agents de l'établissement d'accueil. **La mise en œuvre du dispositif demande cependant largement à être précisée.** Le **troisième alinéa dudit 1°** prévoit une détermination ultérieure par voie réglementaire des modalités et conditions d'application de cet article. Doivent notamment être définies les **modalités de désignation des établissements de santé et des autres titulaires** ainsi que les **conditions d'engagement et de répartition** dans le fonctionnement de la permanence des soins territorialisée entre les établissements de santé, les autres titulaires et les professionnels de santé.

Le Gouvernement indique ainsi que « sur la base de ces nouvelles dispositions, une remise à plat du dispositif sera effectué courant 2024 par les agences régionales de santé qui sur la base de diagnostics territoriaux rénovés pourront appeler l'ensemble des acteurs à se positionner pour répondre à ces besoins dans les prochaines années à compter de l'été 2024 ».

Dans son rapport de juillet 2023, la mission Igas estime qu'un « rééquilibrage est nécessaire » ;

Elle formule pour cela plusieurs recommandations dont celle d'un schéma d'engagement gradué en 3 phases :

- **la définition, par l'ARS dans le cadre du schéma cible**, de l'organisation nécessaire et suffisante de la PDSSES à mettre en œuvre ;
- **le lancement d'appels à candidatures** permettant aux acteurs d'indiquer la contribution qu'ils sont en mesure d'apporter pour répondre aux attendus du schéma cible, seuls ou dans le cadre de dispositifs partagés dans les territoires ;
- **la possibilité donnée aux directeurs généraux d'ARS (DG ARS) de mobiliser, en tant que de besoin, les professionnels d'un territoire et d'une spécialité** pour contribuer au fonctionnement de la PDSSES.

Source : Rapport Igas 2023

Le **2° du I** ajouté également par le même amendement vise à assurer une **intégration de la permanence des soins au niveau du groupement hospitalier de territoire.**

Il modifie à cette fin l'**article L. 6132-3 du code de la santé publique** relatif aux missions assurées par l'établissement support pour le compte des établissements parties. **L'établissement support serait ainsi chargé d'assurer pour le GHT l'organisation et la mise en œuvre de la permanence des soins en établissements de santé.**

Là encore, le Gouvernement reprend les recommandations de l'Igas.

Enfin, le II prévoit une application de la nouvelle rédaction de l'article L. 6111-1-3 à compter de l'entrée en vigueur de la loi et ce nonobstant toute clause contractuelle contraire. Les contrats éventuellement existants comprenant une exclusion de participation à des gardes ou astreintes ne seraient ainsi pas opposables.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Une préoccupation partagée de rééquilibrage des charges

- La rapporteure soutient l'intention d'un rééquilibrage de l'organisation de la permanence des soins en établissement.

Outre la satisfaction de la fédération hospitalière de France de voir revue l'organisation de la PDSES pour « *partager réellement les contraintes d'exercice entre les professionnels du territoire* », la vocation de cet article a par ailleurs été encouragée par la conférence des présidents de CME de centres hospitaliers, selon laquelle : « *En l'absence d'évolution du partage de cette contrainte, l'hôpital public est appelé à se déliter inéluctablement. Trop de praticiens n'intègrent pas ou quittent l'hôpital public pour cette seule raison ce d'autant plus que les rémunérations les plus élevées concernent ceux qui n'ont aucune contrainte.* » Il en est de même pour les conférences de directeurs d'établissements, « *favorables au principe de participation collective à la permanence des soins des établissements de santé qui est aujourd'hui largement assurée par les hôpitaux publics* ».

Cependant, la rédaction actuelle a soulevé **des réticences de certains établissements comme de professionnel libéraux et doit encore évoluer.**

La FHP a ainsi constaté par exemple que « *le secteur privé a pleinement montré sa capacité à coopérer et l'importance de son rôle sur les territoires* » quand, « *pendant trop longtemps, [il a] été exclu de l'ouverture des lignes de PDSES* », déplorant une rédaction proposée semblant « *pousser une organisation territoriale de la permanence des soins centrée sur l'hôpital public* ».

La rédaction du présent article doit donc évoluer. La rapporteure regrette à cet égard que la main tendue au Gouvernement en vue de trouver une rédaction efficace et équilibrée n'ait pas trouvé de réponse avant la séance publique au Sénat.

B. Une mise en œuvre qui doit garantir la cohérence, la pertinence et l'acceptabilité du dispositif

1. Une mise en œuvre à clarifier

La mise en œuvre du principe posé par la rédaction proposée de l'article L. 6111-1-3 appelle à être largement précisée.

Interrogée sur l'organisation concrète envisagée et la manière dont les dispositions proposées seraient de nature à changer la pratique actuelle, la direction générale de l'offre de soins s'est bornée à retranscrire l'objet de l'amendement gouvernemental adopté à l'Assemblée nationale.

La FHF appelle à garder de la souplesse, soulignant que le rôle donné au directeur général de l'ARS doit être une possibilité et mettant en avant deux niveaux de participation à cette permanence, qui peut être assurée ou à laquelle il est possible de contribuer.

La priorité est pour la fédération à l'élaboration d'un schéma territorial de la permanence des soins réalisé par l'agence régionale de santé.

Notamment, comme le soulignent les conférences de directeurs, la notion d'« appel » aux établissements et professionnels devra être définie. En particulier, il devra être précisé de quelle manière la potentielle réquisition des professionnels de santé, qui demeure pleinement possible dans le cadre général de la permanence des soins, peut être soulevée, alors que les directeurs constatent que les ARS utilisent rarement leur pouvoir de régulation pour prioriser et compléter les lignes de PDSSES.

Dans ses conclusions, l'Igas proposait un **schéma d'engagement gradué** et recommandait **de faire procéder la participation à la PDSSES d'un acte positif des communautés hospitalières en réponse aux appels à candidatures lancés par les ARS.**

Pour rappel, l'Igas appelait ainsi dans son rapport à « *la définition d'un schéma de mobilisation de la PDSSES qui ne repose ni sur une obligation généralisée et systématique ni sur le strict volontariat* ».

C'est pourquoi, souhaitant insister sur le fait que **la contrainte ne doit pas être le premier niveau d'organisation** de la permanence des soins en établissement mais que cette dernière doit d'abord procéder des établissements eux-mêmes, la commission a, à l'initiative de la rapporteure souhaité inscrire que **la PDSSES relevait d'une responsabilité collective des établissements et ce avant l'appel formulé par le directeur général de l'ARS tant aux établissements qu'aux praticiens qui y exercent (amendement COM-56).**

Aux réflexions conduites par l'Igas en préfiguration à ces dispositions, il convient en outre de verser les récentes préconisations de la Cour des comptes¹, laquelle appelle à ce que soient assouplis les critères du service public hospitalier *« pour permettre d'accroître l'offre, en soumettant les autorisations délivrées aux établissements privés - à but lucratif ou non - pour les activités les plus sensibles sur un territoire donné, à des exigences de participation à la permanence des soins »*, ou encore, *« dans les territoires où la situation hospitalière est caractérisée par l'ARS comme particulièrement tendue, élargir les possibilités de coopération des établissements publics et des établissements privés sans but lucratif habilités au service public aux praticiens libéraux de secteur 2, en contrepartie d'un encadrement des honoraires versés par l'établissement et d'une participation de ces praticiens à la permanence des soins »*.

2. Une répartition efficiente de la charge à trouver

Parmi les principales préoccupations de la rapporteure figure bien le caractère opérationnel et approprié de la nouvelle organisation envisagée. Il convient d'éviter de perturber davantage un système fragile.

À ce titre, les conclusions de l'Igas appellent à la plus grande prudence, quand la mission identifiait par exemple des *« risques importants à voir perdurer, en marge d'une PDSES consolidée, l'utilisation des gardes et astreintes pour pallier des difficultés d'attractivité (reconnaissance de gardes quand des astreintes seraient suffisantes ou de lignes surnuméraires) »* et soulignait qu' *« il en résulte, lorsque les gardes et astreintes sont effectivement réalisées, une consommation inutile de temps médical, quand la gestion de celui-ci n'a jamais été aussi précieuse, ainsi qu'une pénibilité accrue pour les praticiens concernés »*.

En outre, la conférence des présidents de CME alertait sur des points de vigilance quant à la mise en œuvre de partages ou mutualisations de la permanence des soins : *« Une ligne de PDS alternée ne peut être envisageable que si l'établissement qui assure cette PDS est en capacité de répondre à 100 % des patients habituellement pris en charge dans ce territoire. Si une autre ligne "de sécurité" de PDS doit être organisée en regard cela n'aurait que peu (voire aucun) d'intérêt. »* Il s'agit, comme le formule l'Igas, de **limiter impérativement tous risques de redondances de dispositifs qui perdureraient en marge des dispositifs de PDSES.**

Il convient ainsi d'analyser les besoins réels de permanence des soins en établissement et les moyens d'y répondre. La PDSES doit mobiliser gardes et astreintes selon les strictes nécessités, et par exemple reconnaître l'activité également réalisée en télémedecine.

¹ Cour des comptes, Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité, octobre 2023.

C'est pourquoi, à l'initiative de la rapporteure (**même amendement COM-56**), la commission a souhaité préciser, **dans le rôle d'organisateur de la PDSSES confié en partie au directeur général de l'ARS, que celui-ci doit veiller à la cohérence du dispositif et à sa proportionnalité.**

3. Des contraintes sur les professionnels à préciser

Le présent article a, comme d'autres dispositions du texte, **ravivé certaines irritations auprès de structures ou professionnels, notamment sur les obligations qui pèseront sur les professionnels qui seront « appelés » à assurer ou contribuer à la permanence des soins en établissement.** Ces débats s'inscrivent dans le contexte d'évolutions sociétales déjà largement documentées, l'Igas soulignant d'ailleurs les évolutions des préférences entre effets revenus et effets temps pour les nouvelles générations de praticiens.

Il convient de souligner que dans son rapport l'Igas appelait à *« rétablir l'engagement dans la permanence des soins comme une valeur socle indissociable de l'exercice médical »* mais cependant à *« prévoir non pas une obligation systématique de participation mais le principe d'une contribution des professionnels au fonctionnement de la PDSSES lorsque cela s'avère nécessaire »*.

La rapporteure insiste sur le fait que la contrainte ne doit pas être la règle. À ce titre, la **récente recommandation de la Cour des comptes** de *« rendre obligatoire la participation à la permanence des soins (PDS-ES) des praticiens exerçant en établissements de santé privés, comme dans les établissements publics de santé, et organiser la mutualisation territoriale des ressources en personnel soignant pour la nuit, la fin de semaine, le mois d'août, les jours fériés et les fêtes de fin d'année »* semble devoir être accueillie avec prudence.

Pour autant, **l'objectif de rééquilibrage entre praticiens du public et du privé dans leur participation à la PDSSES ne doit pas trouver d'obstacle de principe.** Ainsi, **l'exercice des praticiens hors de leur établissement,** que le texte prévoit au nom de la clarification du régime de responsabilité, ne doit pas soulever de crispation particulière.

D'une part, si la FHP a interpellé sur la nécessité d'assurer aux libéraux qui travaillent sur des plateaux techniques lourds d'exercer au sein de leur établissement, les présidents de CME signalent que l'intervention dans différents établissements est fréquent et **n'apparaît donc pas être un risque particulier pour la sécurité des patients.** D'autre part, l'intervention dans un autre établissement relève dans les intentions du Gouvernement d'une participation volontaire, celui-ci ayant indiqué **ne pas souhaiter inscrire dans le texte que l'ARS puisse désigner des professionnels en dehors de leur établissement,** la DGOS indiquant que *« les professionnels de santé seront essentiellement amenés à assurer ou contribuer à la PDSSES au sein de leur établissement »*.

Concernant le régime de responsabilité des professionnels exerçant hors de leur établissement, la FHP signale qu'aujourd'hui, les praticiens libéraux exerçant dans le public au titre de la PDSES interviennent alors comme contractuels, et sont couverts, en termes de responsabilité, par l'établissement, soulignant qu'il « *demeure impossible de faire intervenir un praticien hospitalier au sein d'un établissement de santé privé sans passer par un groupement de coopération sanitaire, ce qui limitera considérablement le recours à cette option* ».

Enfin, la rapporteure constate qu'à ce stade, aucune suite ne semble donnée à l'une des recommandations de l'Igas de « *fixer réglementairement une fréquence maximale de participation, par praticien, aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDSES* », laquelle a selon la mission pour but d'assurer l'effective répartition de la contrainte afin de la rendre collectivement plus supportable.

4. Un rôle sans doute inadapté donné aux GHT

Si la mission Igas a « *fait le constat que la PDSES est encore très peu intégrée au sein des GHT* », la proposition faite par cet article de confier aux GHT une compétence d'organisation et de mise en œuvre de la permanence des soins en établissement n'a pas été unanimement soutenue.

Ainsi, si comme le souligne la DGOS l'ambition est de « *renforcer la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicale au sein des GHT* », la conférence des présidents de CME a insisté sur le fait que **le schéma territorial était déjà une compétence de la commission médicale de groupement**, quand le comité stratégique arrête lui les propositions de cette instance. Aussi, la conférence remarquait-elle auprès de la rapporteure que « *la mutualisation des ressources RH au niveau des GHT est un échec et n'existe pas en pratique* », regrettant une médicalisation trop réduite des groupements et appelant à recentrer les GHT sur l'accès aux soins, le maillage territorial et la gradation des soins.

En outre, si les conférences de directeurs ont estimé qu'il était envisageable pour la PDSES des établissements publics que l'établissement support du GHT soit missionné pour coordonner la participation à la PDSES entre hôpitaux publics, elle considère nécessaire que la coordination entre établissements relève de l'ARS pour la PDSES impliquant potentiellement des établissements privés.

Considérant l'intégration très inégale des GHT mais aussi l'intention de cet article de rééquilibrage entre secteurs public et privé, il est apparu à la commission inopportun de prévoir que cette mission soit systématiquement dévolue aux groupements. **Préférant préserver une mise en œuvre suivant les réalités locales des établissements, la commission a supprimé, à l'initiative de la rapporteure, cette nouvelle mission (amendement COM-57).**

C. Une réflexion qui n'épuise pas l'ensemble des impératifs de continuité des soins et la question du financement des charges induites

Enfin, il semble indispensable de rappeler que cet article ne saurait être apprécié sans une réflexion plus large sur la permanence des soins, que la discussion de la loi Rist n'a pas permis de faire pleinement aboutir au début de l'année 2023.

Ainsi, au-delà de la permanence en établissement, la répartition entre la ville et l'hôpital n'apparaît pas être résolue. La FHF revendique à ce titre la nécessité de certaines mesures de rééquilibrage concernant la revalorisation des indemnités de permanence des soins, la reconnaissance de la pénibilité ou l'obligation de participation à la permanence des soins ambulatoires.

En outre, au-delà de la permanence des soins en établissement demeurent la prise en compte et **l'organisation plus large de la continuité des soins**. La fédération des centres de lutte contre le cancer, Unicancer, a ainsi alerté la rapporteure sur **la notion de « nouveau patient »** qui ne s'appliquait pas à des situations rencontrées parfois de soins lors des plages de permanence des soins, pour des patients non hospitalisés mais suivis et nécessitant un soin urgent.

Surtout, **le présent article ne s'engage pas sur le financement de la participation à assurer ou contribuer à la permanence des soins en établissement**, tant pour les établissements que pour les professionnels. Alors que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 entend engager une **réforme du financement des activités de MCO, le financement des soins non programmés, aujourd'hui assuré par le fonds d'intervention régional (FIR)**, devra faire l'objet d'une vigilance particulière.

Sous les réserves présentées et au bénéfice de l'adoption des amendements de la rapporteure, la commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4 bis

Renforcer la permanence des soins ambulatoires

Cet article vise à renforcer la participation des professionnels de santé à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. L'organisation de la PDSA, fondée sur le volontariat, a déjà été réformée en 2023

1. L'organisation de la PDSA

• La mission de service public de permanence des soins a pour objet, en ambulatoire, de **répondre aux besoins de soins non programmés** correspondant à des urgences non vitales et ne nécessitant pas de prise en charge en service d'urgence hospitalier, durant les heures de fermeture de cabinet :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures ;

- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;

- en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié et les vendredi et samedi suivant un jour férié¹.

• Longtemps assurée par un **tour de garde des médecins libéraux** fondé sur une obligation déontologique, la PDSA est depuis 2002 **organisée localement par les Agences régionales de santé (ARS) sur la base du volontariat**². Des réquisitions préfectorales sont toutefois possibles. Les régions sont divisées en territoires de permanence dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS. Dans chacun d'entre eux, les médecins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois³.

L'accès au médecin de la PDSA fait l'objet d'une **régulation médicale téléphonique préalable** : par le 15, le numéro national de permanence des soins (116 117) ou un numéro spécifique mis en place par une association de permanence des soins⁴. Le médecin régulateur peut prescrire des médicaments⁵ ou décider de l'envoi d'une ambulance lorsque la prise en charge hospitalière apparaît plus appropriée.

¹ Article R. 6315-1 du code de la santé publique.

² Articles L. 1435-5 et R. 6315-4 du même code.

³ Article R. 6315-2 du même code.

⁴ Article R. 6315-3 du même code.

⁵ Article R. 6315-5 du même code.

2. Les modalités de participation des professionnels de santé à la PDSA

- Aux termes de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, la PDSA est assurée, en collaboration avec les hôpitaux, par les **médecins libéraux**, conventionnés ou non, et les **médecins salariés** en centre de santé. Elle est également ouverte aux médecins des armées comme à tout médecin, même retraité, ayant conservé une pratique clinique¹.

Une **permanence des soins dentaires**, assurée par les chirurgiens-dentistes libéraux, collaborateurs et salariés des centres de santé, est également organisée dans chaque département les dimanches et jours fériés². Ces derniers y participent en application d'une obligation déontologique³. Comme pour les médecins, la permanence donne lieu à l'établissement, dans chaque secteur, d'un tableau de garde établi pour une durée minimale de trois mois par le conseil départemental de l'ordre⁴.

- La **loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé**⁵, promulguée en mai 2023, a, enfin, étendu la participation à la PDSA aux sages-femmes et aux infirmiers diplômés d'État (IDE) libéraux, conventionnés ou non, et salariés de centres de santé⁶.

Elle a également inséré un article L. 1110-4-1 dans le code de la santé publique, consacrant la **responsabilité collective** des établissements de santé, des établissements titulaires d'une autorisation de création, conversion et regroupement des activités de soins ou d'installation d'équipements matériels lourds, des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des IDE à la permanence des soins, recouvrant à la fois la PDSA et la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).

B. Le présent article vise à renforcer la participation des professionnels de santé à la PDSA

Le présent article de la proposition de loi, issu de quatre amendements identiques de Guillaume Garot (*Socialistes*), Élie Califer (*Socialistes*), Jean-Claude Raux (*Ecologistes*) et Philippe Vigier (*Démocrate*) adoptés par l'Assemblée nationale en séance publique, vise à renforcer la participation des professionnels de santé concernés dans la PDSA.

¹ Article R. 6315-1 du code de la santé publique.

² Article R. 6315-7 du même code.

³ L'article R. 4127-245 du code de la santé publique dispose qu'« il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire. »

⁴ Article R. 6315-9 du code de la santé publique.

⁵ Article 7 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

⁶ Article L. 6314-1 du code de la santé publique.

À cet effet, il modifie l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique, créé par la loi de mai 2023 précitée, pour y préciser que les établissements de santé, titulaires des autorisations visées, médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et IDE ne sont pas seulement responsables collectivement de la permanence des soins, mais y participent.

II - La position de la commission

- La commission s'est interrogée sur **l'opportunité de modifier, si rapidement après leur adoption**, les dispositions du nouvel article L. 1110-4-1 du code de la santé publique qui prévoient déjà qu'outre les établissements de santé et titulaires d'autorisations, « *les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État sont responsables collectivement de la permanence des soins* ».

Ces dispositions n'ont pas encore produit tous leurs effets sur l'organisation de la PDSA et la répartition des rôles entre les professions de santé impliquées. Un avenant à la convention conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et les syndicats représentatifs des sages-femmes libérales, approuvé le 23 août dernier¹, a par exemple prévu plusieurs dispositifs pour favoriser la participation des sages-femmes à la permanence des soins qui ne s'appliqueront que six mois après son entrée en vigueur².

- Surtout, la commission a **jugé l'effet juridique des dispositions qui lui sont soumises particulièrement incertain**.

Alors que plusieurs des auteurs de ces amendements ont affirmé, lors de leur examen en séance publique, souhaiter par là un rétablissement de l'obligation de garde des médecins³, le ministre de la santé et de la prévention a indiqué que le Gouvernement y était favorable « *dès lors que l'amendement ne fixe pas l'obligation* »⁴ de participation à la PDSA pour les professionnels concernés.

Compte tenu de l'effet imprécis de ces dispositions et jugeant une nouvelle réforme de la PDSA précipitée, la commission a adopté un **amendement de sa rapporteure COM-58** de suppression du présent article.

La commission a supprimé cet article.

¹ Arrêté du 23 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie signée le 11 octobre 2007.

² En application des dispositions de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les mesures dépeniées des conventions n'entrent en vigueur qu'à l'expiration d'un délai de six mois.

³ M. Guillaume Garot a, par exemple, déclaré lors de la séance du jeudi 15 juin 2023 lors de laquelle ces amendements ont été examinés : « Nous demandons que l'on revienne à la permanence des soins telle qu'elle a fonctionné, et bien fonctionné, jusqu'en 2002. Il y avait eu à l'époque des revendications et des pressions assez fortes pour libérer les médecins de certaines obligations et sujétions. »

⁴ Séance du jeudi 15 juin 2023.

Article 5

Extension du contrat d'engagement de service public

Cet article vise à renforcer le contrat d'engagement de service public (CESP) en l'ouvrant aux étudiants de maïeutique et de pharmacie, en permettant aux étudiants d'en bénéficier dès la deuxième année du premier cycle et en renouvelant la gestion du dispositif.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement de précision rédactionnelle.

I - Le dispositif proposé

A. Le contrat d'engagement de service public vise à maîtriser les inégalités d'accès aux soins

• Créé par la **loi dite « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009¹** pour les étudiants de médecine, qui pouvaient y recourir dès qu'ils accédaient à la deuxième année du premier cycle, le contrat d'engagement de service public (CESP) a été plusieurs fois réformé, notamment pour l'étendre, à compter de 2013, aux étudiants en odontologie².

La loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé³ a, ainsi, apporté deux principales modifications au champ du CESP en :

- **étendant le contrat aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue)** ayant réussi les épreuves de vérification des connaissances (EVC) et autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences (PCC) en médecine ou en odontologie ;

- **restreignant, en revanche, l'accès au contrat aux seuls étudiants admis en première année de deuxième cycle**, plus susceptibles d'avoir mûri, à ce stade de leurs études, leur projet professionnel.

• Le CESP, que les étudiants de deuxième et troisième cycles et les Padhue peuvent conclure avec le Centre national de gestion (CNG), leur permet de **bénéficier d'une allocation mensuelle de 1 200 euros** en sus des rémunérations auxquelles ils peuvent prétendre du fait de leur formation.

¹ Article 46 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

³ Article 8 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

En contrepartie, les signataires s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans l'un des **lieux, situés en zone sous-dense, figurant sur une liste nationale** établie chaque année par le CNG sur proposition des agences régionales de santé (ARS), pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu l'allocation et ne pouvant être inférieure à deux ans¹. Dans la même période d'engagement, les signataires exerçant en libéral sont contraints d'**appliquer les tarifs conventionnels**, sans dépassement².

Les médecins et chirurgiens-dentistes signataires ayant commencé à exercer peuvent, par ailleurs, solliciter :

- auprès du directeur général de l'ARS, une proposition de changement de lieu d'exercice au sein de la même région, parmi ceux figurant sur la liste précitée ;

- auprès du directeur général du CNG, un changement de région d'exercice, après avis du directeur général des deux ARS intéressées et sous réserve de postuler pour un autre des lieux d'exercice figurant sur la liste³.

Les signataires ne peuvent, en revanche, se dégager de leur obligation d'exercice qu'en **échange du paiement** :

- d'une **indemnité** égale au produit du dernier montant d'allocation mensuelle perçu par la durée durant laquelle l'engagement n'est pas respecté ;

- d'une **pénalité forfaitaire**, dans la limite de vingt mille euros, lorsque le manquement est postérieur à la fin de la formation⁴.

B. Le présent article vise à renforcer le CESP et à l'ouvrir à de nouveaux étudiants

Le présent article vise à élargir le bénéfice du CESP à de nouveaux étudiants et à renforcer la gestion du dispositif.

À cette fin, son 1^o modifie l'article L. 632-6 du code de l'éducation relatif au CESP pour :

- inclure dans le champ du contrat les étudiants de maïeutique et de pharmacie, qui demeuraient jusque-là extérieurs au dispositif ;

- substituer au CNG, enfin, une autorité administrative désignée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

¹ Article R. 631-24-6 du code de l'éducation.

² Article L. 632-6 du même code.

³ Article R. 631-24-14 du même code.

⁴ Article R. 631-24-16 du même code.

En outre, dans sa version initiale, il permettait la signature du contrat dès l'issue de la deuxième année du premier cycle des études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP), revenant ainsi sur la réforme portée par la loi OTSS de 2019.

En coordination, le 2° remplace, dans les autres dispositions de l'article L. 632-6, le Centre national de gestion par l'autorité administrative précitée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels de son rapporteur.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements identiques du rapporteur et de Guillaume Garot (*Socialistes*), Philippe Vigier (*Démocrate*) et Hadrien Clouet (*La France insoumise*) étendant encore le champ des bénéficiaires du contrat en permettant aux étudiants d'en bénéficier dès l'issue de la première année du premier cycle.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

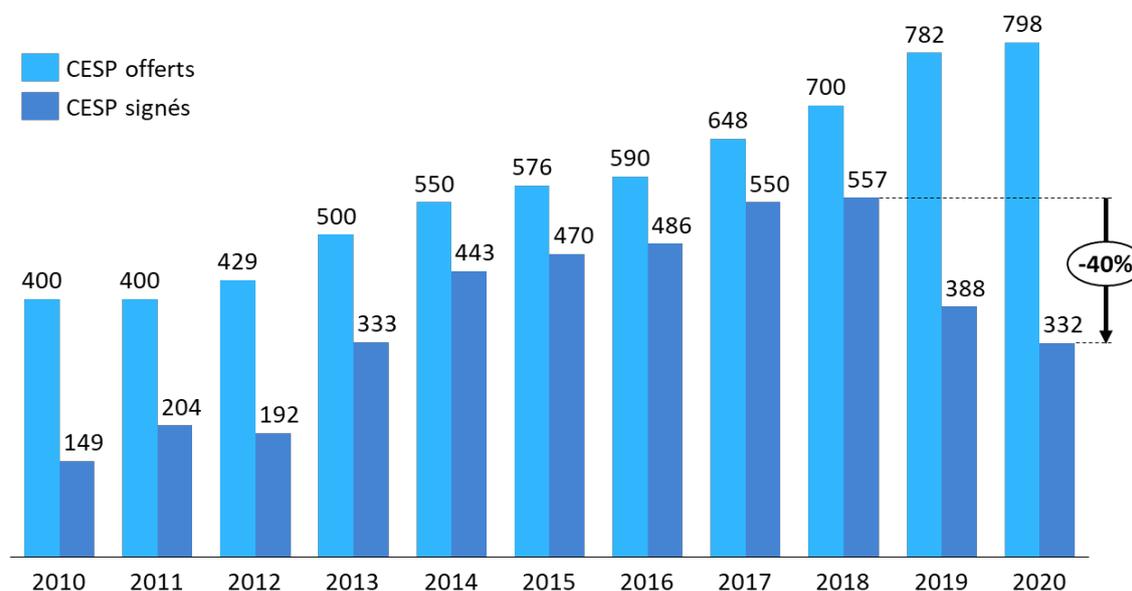
III - La position de la commission

Depuis l'origine, le CESP poursuit **deux objectifs complémentaires auxquels souscrit pleinement la commission** : maîtriser, d'une part, les inégalités d'accès aux soins en incitant, chaque année, une nouvelle cohorte d'étudiants à projeter un début d'exercice en zone sous-dense et renforcer, d'autre part, l'attractivité des formations de santé concernées en accompagnant, financièrement, les étudiants qui font le choix d'y recourir.

Il faut observer, à cet égard, qu'avec **plus de 4 000 contrats signés durant les années 2010**, le CESP apporte une contribution sensible à la lutte contre les déserts médicaux. Le nombre de CESP conclus chaque année a, d'ailleurs, globalement crû durant les années 2010.

- La commission a toutefois regretté que **cette tendance se soit inversée dans les dernières années**. Alors que le nombre de contrats offerts n'a cessé d'augmenter, celui des contrats signés a chuté de près de 40 % entre 2018 et 2020.

CESP offerts et signés annuellement (années universitaires 2010 à 2020)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par le CNG

Le CNG, lors de la publication des données sur les CESP conclus au cours de la dernière décennie, a d'ailleurs attribué ce ralentissement récent, en partie, à la réforme de 2019 ayant exclu du dispositif les étudiants de premier cycle : « *L'impact direct de l'inéligibilité des étudiants de premier cycle a eu pour conséquence une baisse conséquente du nombre de contrats signés à partir de 2020.* »¹

• La commission a, en conséquence, **favorablement accueilli** les dispositions du texte transmis visant à permettre aux étudiants de bénéficier du dispositif dès l'issue de la première année de premier cycle.

Elle a également jugé **souhaitable d'étendre le dispositif aux étudiants en pharmacie et en maïeutique**, considérant les enjeux attachés à la démographie de ces professions et à la fragilité de l'offre pharmaceutique dans certains territoires, en particulier ruraux.

Interrogé par la rapporteure, le ministère de la santé et de la prévention a, par ailleurs, défendu que le changement d'opérateur de gestion devrait permettre de repenser l'organisation du dispositif pour réduire le nombre d'acteurs impliqués et résoudre certaines des difficultés actuellement constatées, en matière de recouvrement, de communication auprès des étudiants ou de gestion des demandes d'information des allocataires.

¹ CNG, Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie. Campagnes 2010/2011 à 2020/2021, juillet 2022.

• Soutenant les dispositions du présent article, la commission a adopté un **amendement rédactionnel COM-59** de sa rapporteure ne modifiant pas l'économie générale du dispositif.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Articles 5 bis et 5 ter

Renforcer la prise en compte des besoins de santé du territoire dans la détermination du nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de santé

L'article 5 bis vise à prioriser, parmi les deux critères présidant à la fixation des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle, celui des besoins de santé.

La commission a adopté cet article avec modification.

L'article 5 ter vise à mieux tenir compte des besoins de santé des territoires et de la répartition optimale des futurs professionnels dans la fixation des capacités d'accueil des formations.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. L'instauration du numerus apertus par la loi en 2019 pour les études de santé

• Parce qu'elles permettent l'exercice de professions de santé dont l'accès est strictement réglementé, les formations en médecine, en maïeutique, en odontologie et en pharmacie (MMOP) reposent sur un **cadre juridique dérogatoire**, défini aux articles L. 631-1 et suivants du code de l'éducation. Ainsi, ces formations :

- ne relèvent pas seulement de l'autorité ou du contrôle du ministre chargé de l'enseignement supérieur, comme les autres formations du supérieur¹, mais également de ceux du ministre de la santé ;

- donnent lieu, par ailleurs, à la délivrance de diplômes au nom de l'État ;

- favorisent, enfin, par leur organisation, la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé².

¹ Article L. 611-1 du code de l'éducation.

² Article L. 631-1 du même code.

• Initialement fondée sur un **système dit de « numerus clausus »**, la procédure de fixation des capacités d'accueil des universités a été profondément réformée par la loi en 2019.

Jusqu'en 2019, l'article L. 631-1 du code de l'éducation, relatif aux formations MMOP, **renvoyait à la voie réglementaire la détermination du « nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé »**. Sur cette base, les ministres arrêtaient annuellement le nombre d'étudiants autorisés à intégrer les filières MMOP¹.

Accusé d'avoir **permis puis accompagné la baisse du nombre d'étudiants admis** dans les études de santé et, en conséquence, favorisé l'apparition des tensions démographiques actuelles, le « numerus clausus » a été remplacé, par la loi OTSS de 2019², par un nouveau **système dit du « numerus apertus »** qui s'en distingue sur plusieurs points.

• Désormais, les capacités d'accueil des formations MMOP en deuxième et troisième années de premier cycle sont **déterminées annuellement par les universités elles-mêmes**³.

Pour ce faire, les universités doivent tenir compte de deux catégories d'objectifs annuels, selon ce que le sénateur Alain Milon avait qualifié de « *mécanique à triple détente* »⁴ :

1. Chaque université doit prendre en compte, pour déterminer ces capacités d'accueil, les **objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle**. Arrêtés par l'université sur avis conforme de l'agence régionale de santé, ceux-ci doivent tenir compte des capacités de formation et des besoins de santé du territoire.

2. Ces objectifs pluriannuels sont eux-mêmes définis au regard d'**objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former** établis par l'État dans la poursuite de trois objectifs :

- répondre aux besoins du système de santé ;
- réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins ;
- permettre l'insertion professionnelle des étudiants.

¹ Par exemple, arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020.

² Article 1^{er} de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

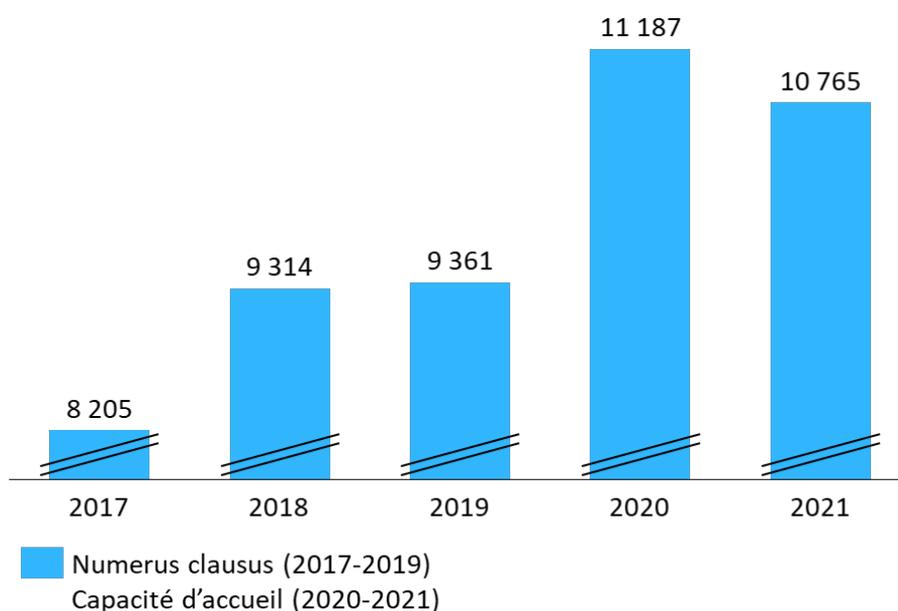
³ Article L. 631-1 du code de l'éducation.

⁴ Rapport n° 524 (2018-2019) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 mai 2019.

• Un arrêté de septembre 2021 a fixé les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour la période 2021-2025 à 81 055, ainsi répartis : 51 505 professionnels pour la médecine, 17 065 pour la pharmacie, 7 265 pour l'odontologie et 5 220 pour la maïeutique¹.

Sous l'effet de l'augmentation du *numerus clausus*, puis de la croissance des capacités d'accueil fixées annuellement par les universités, le nombre d'étudiants admis chaque année en deuxième et troisième années de médecine a fortement augmenté ces dernières années.

Numerus clausus et capacités d'accueil fixées pour la médecine (2017-2021)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données DGSIP

B. Les articles 5 bis et 5 ter visent à mieux tenir compte des besoins de santé dans la fixation des capacités d'accueil et objectifs pluriannuels

• L'article 5 bis, issu de six amendements identiques de Danielle Brulebois (*Renaissance*), Jérôme Nury (*Les Républicains*), Guillaume Garot (*Socialistes*), Nicolas Forissier (*Les Républicains*) et Benoît Mournet (*Renaissance*), a été adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avec avis favorable de son rapporteur. Il vise à hiérarchiser les deux critères présidant à la fixation des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle, pour privilégier celui tenant aux besoins de santé.

¹ Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.

Pour cela, il modifie l'article L. 631-1 du code de l'éducation, définissant les nouvelles modalités de fixation des capacités d'accueil des formations médicales, pour prévoir que les objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle devront être arrêtés par les universités en tenant compte, désormais, en priorité des besoins de santé du territoire puis, seulement, des capacités de formation.

- L'article 5 *ter*, issu d'un amendement de Yannick Monnet (*Gauche démocrate et républicaine*), adopté en séance publique par l'Assemblée nationale contre l'avis du rapporteur, modifie l'article L. 631-1 du code de l'éducation pour prévoir que :

- les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle sont fixés par les universités dans l'objectif de garantir la répartition optimale des futurs professionnels de santé sur le territoire au regard des besoins de santé ;

- les objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former, établis par l'État, doivent viser non seulement à réduire les inégalités d'accès aux soins, non seulement territoriales mais également sociales.

II - La position de la commission

Si la rapporteure **partage entièrement l'intention et les objectifs portés par ces dispositions**, elle les a toutefois accueillies avec circonspection.

- Consciente que les difficultés démographiques importantes observées ces dernières années, singulièrement pour la profession de médecin, **résultent pour partie d'un *numerus clausus* inadapté aux besoins de santé** et ne tenant compte ni de l'augmentation du nombre d'assurés, ni du développement des maladies chroniques, la commission appelle de ses vœux une augmentation sensible du nombre d'étudiants formés.

Elle souhaite, également, que les capacités d'accueil des universités soient, dans toute la mesure du possible, adaptées aux besoins de santé de chaque territoire et contribuent à réduire les inégalités, sociales comme territoriales, d'accès aux soins.

- Toutefois, la commission s'est **interrogée sur la portée concrète de ces dispositions**.

Examinant l'article 5 *bis*, elle a observé que la hiérarchisation des critères présidant à la fixation des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle se révélerait sans doute décevante. Même ramené à une place subsidiaire, le critère tenant aux capacités de formation apparaît, en effet, difficilement contournable. La commission, attachée à la qualité de la formation des professionnels médicaux, n'a pas jugé souhaitable qu'il soit dépassé.

Afin que les dispositions examinées reflètent mieux les contraintes s'imposant aux universités dans la détermination de leurs capacités d'accueil, et afin d'inciter le Gouvernement à veiller à ce que les conditions de formation demeurent adaptées, la commission a adopté un **amendement COM-60** de sa rapporteure prévoyant que les objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle doivent être arrêtés par les universités en tenant compte des besoins de santé du territoire, *dans la limite des capacités de formation.*

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

La commission a, en revanche, jugé les dispositions de l'article 5 *ter* largement satisfaites par le droit en vigueur. Aussi a-t-elle adopté, à l'initiative de sa rapporteure, un **amendement COM-61** supprimant ces dispositions du texte transmis.

La commission a supprimé cet article.

Article 5 quater

Précision des modalités d'affectation des stages de quatrième année de diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Cet article vise à préciser les dispositions légales relatives à la quatrième année de troisième cycle de médecine générale, pour prévoir que les lieux de stage situés en zone sous-dense sont systématiquement les premiers à être pourvus.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. La quatrième année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale

1. La réforme du troisième cycle des études de médecine

• Réformé en 2016 et 2017¹, le troisième cycle des études de médecine comprend désormais **quarante-quatre diplômes d'études spécialisées (DES)**, remplaçant les anciens DES et DES complémentaires (DESC) dont le chevauchement s'avérait particulièrement complexe.

¹ Notamment, décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation.

L'étudiant obtient, après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat, le **diplôme d'État de docteur en médecine**¹ et, après validation de l'ensemble de la formation, d'un **DES permettant la qualification et l'exercice dans la spécialité concernée**².

La durée du troisième cycle est **comprise entre trois et six ans** et fixée, pour chaque spécialité, par les maquettes de formation définies par arrêté³. Définies en 2017 et plusieurs fois révisées depuis⁴, les maquettes retiennent une durée de quatre ans pour de nombreuses spécialités médicales⁵ et de six ans, pour la plupart des spécialités chirurgicales⁶.

• Le troisième cycle est, désormais, organisé en trois phases successives :

- une **phase « socle »** visant l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession ;

- une **phase « d'approfondissement »** visant l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie ;

- une **phase « de consolidation »** visant la consolidation de l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité⁷.

Sont associés à ces phases, depuis la réforme, **deux statuts applicables aux étudiants de troisième cycle** :

- le **statut d'interne**⁸, qui préexistait, s'applique toujours aux phases socle et d'approfondissement ;

- un nouveau cadre juridique est, en revanche, appliqué aux étudiants de la phase de consolidation : le **statut « docteur junior »**⁹, adapté à l'autonomie renforcée attendue des étudiants de cette dernière phase et bénéficiant d'une rémunération revalorisée.

¹ Articles L. 632-4 et R. 632-24 du code de l'éducation.

² Article R. 632-26 du même code.

³ Article R. 632-20 du même code.

⁴ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

⁵ Allergologie, biologie médicale, dermatologie, endocrinologie, gériatrie, gynécologie médicale, etc.

⁶ Gynécologie obstétrique, chirurgie orthopédique, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, etc.

⁷ Article R. 632-20 du code de l'éducation.

⁸ Articles R. 6153-1 à R. 6153-1-23 du code de la santé publique.

⁹ Articles R. 6153-2 à R. 6153-40 du même code.

• **L'accès au troisième cycle** a également été réformé en 2021¹. Il substitue aux anciennes épreuves classantes nationales (ECN), destinées à permettre l'affectation des étudiants par spécialité et subdivision territoriale, une procédure nationale d'appariement dématérialisée, fondée sur trois éléments dont la pondération peut varier en fonction des spécialités choisies² :

- des épreuves nationales, anonymes et dématérialisées d'évaluation des connaissances³ ;

- des examens cliniques objectifs structurés, ayant vocation à vérifier que l'étudiant a acquis un niveau clinique suffisant⁴ ;

- le parcours de formation et le projet professionnel des intéressés.

Le **nombre d'étudiants de troisième cycle** susceptibles d'être affectés, par spécialité et subdivision territoriale, est arrêté annuellement par les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, en fonction de la démographie médicale, des besoins de santé et des capacités de formation⁵.

2. L'ajout, en 2023, d'une quatrième année au DES de médecine générale

• Jusqu'en 2023, la médecine générale était la **seule des quarante-quatre spécialités pour laquelle la durée minimale de trois ans** avait été retenue.

En conséquence, le troisième cycle de médecine générale était également le seul à **ne pas comprendre de phase consolidation ni de statut de docteur junior**, réservés aux spécialités dont le DES dure au moins quatre ans⁶. Son allongement à quatre ans avait été envisagé dès la réforme, et recommandé par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dès 2017⁷.

Un tel allongement supposait, toutefois, le **recrutement de nombreux maîtres de stage universitaires** (MSU) susceptibles d'accueillir les docteurs juniors de médecine générale en ambulatoire. Selon le ministère de la santé, leur nombre a toutefois progressé ces dernières années de manière assez rapide : il serait passé de 11 805 en 2019 à 12 941 en 2021⁸.

¹ Décret n° 2021-1156 du 7 septembre 2021 relatif à l'accès au troisième cycle des études de médecine.

² Article R. 632-2-7 du code de l'éducation.

³ Article R. 632-2-1 du même code.

⁴ Article R. 632-2-2 du même code.

⁵ Article R. 632-2-6 du même code.

⁶ Article R. 632-20 du même code.

⁷ Igas, Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales, décembre 2017, recommandation n° 14.

⁸ Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGESIP/2022/51 du 24 février 2022 relative au développement des stages en ambulatoire pour les étudiants en deuxième et troisième cycles des études de médecine.

• Encouragé par l'augmentation du nombre de MSU, la nécessité de renforcer la professionnalisation des étudiants et l'opportunité de contribuer à la maîtrise des inégalités territoriales d'accès aux soins, le Sénat a adopté, en octobre 2022, une **proposition de loi du président Bruno Retailleau** allongeant le troisième cycle de médecine générale et affectant la quatrième année à la réalisation de stages en ambulatoire, en autonomie supervisée et, en priorité, en zone sous-dense¹.

Ce dispositif a été largement repris dans la **LFSS pour 2023**², promulguée, qui modifie l'article L. 632-2 du code de l'éducation pour prévoir :

- que le DES de médecine générale dure quatre ans ;
- que la dernière année du DES de médecine générale est effectuée en stage, en autonomie supervisée par un ou plusieurs MSU, en pratique ambulatoire, en priorité dans les zones sous-denses ;
- que la rémunération des étudiants peut faire l'objet d'aménagements spécifiques tenant compte des conditions d'exercice de stage ;
- qu'à titre exceptionnel et dérogatoire, un stage peut être réalisé en milieu hospitalier ou extrahospitalier au cours de cette dernière année.

Ces dispositions sont applicables aux **étudiants qui commencent le troisième cycle à la rentrée de l'année universitaire 2023** et qui parviendront, au mieux, en quatrième année en 2026.

B. Le présent article vise à préciser les modalités d'affectation des stages en priorité en zone sous-dense

Pour préciser les modalités d'affectation des stages et renforcer la priorité accordée aux zones sous-denses dans le dispositif existant, le présent article, issu d'un amendement de Jérémie Patrier-Leitus (*Horizons*) adopté en séance publique par l'Assemblée nationale contre l'avis du rapporteur et contre celui du Gouvernement, opère deux modifications successives à l'article L. 632-2 du code de l'éducation.

D'une part, en son 1^o, il précise que les zones sous-denses devront, lors de l'affectation, être systématiquement les premières à être pourvues.

D'autre part, en son 2^o, il complète l'article pour prévoir qu'un décret en Conseil d'État devra définir les modalités d'attribution des stages afin que ceux situés en zone sous-dense soient les premiers à être pourvus.

¹ Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale de M. Bruno Retailleau adoptée par le Sénat le 18 octobre 2022.

² Article 37 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

II - La position de la commission

La commission a formulé, sur ces dispositions, deux séries d'observations.

- D'abord, le dispositif proposé apparaît **peu opérationnel**, et **incompatible avec les modalités habituelles d'attribution** des stages de phase de consolidation. Celles-ci sont fondées sur l'appariement de deux listes de vœux par ordre de préférence : l'une établie par l'étudiant pour classer les lieux de stage et, l'autre, établie par les MSU ou responsables médicaux des lieux de stage pour classer les étudiants¹.

Si d'autres modalités de répartition pourraient être envisagées, la loi y contraignant, ces dispositions n'autoriseraient pas non plus, par exemple, à laisser aux étudiants le choix de leur lieu de stage en fonction d'un rang de classement, construit selon leurs résultats académiques ou leurs expériences professionnelles.

- Surtout, une nouvelle modification des dispositions du code de l'éducation prévoyant la quatrième année de DES de médecine générale **apparaît prématurée**, dans la mesure où celles-ci ont été adoptées moins d'un an avant la transmission du présent texte et ne trouveront pas à s'appliquer avant 2026.

Si la maquette de formation du nouveau DES de médecine générale a récemment été publiée², l'arrêté de 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine n'a pas encore été modifié par le Gouvernement pour tenir compte de la réforme.

Si la commission a jugé indispensable la publication rapide des textes d'application demeurant attendus, afin que les étudiants puissent s'engager dans cette spécialité en toute connaissance de cause, elle a, en revanche, estimé que les dispositions du présent article n'étaient pas opportunes à ce stade. C'est pourquoi, à l'initiative de sa rapporteure, elle a adopté un **amendement COM-62** supprimant cet article du texte transmis.

La commission a supprimé cet article.

¹ Article 44 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine modifié.

² Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Article 5 quinquies
**Protéger la sécurité et la santé des étudiants du troisième cycle
des études médicales en stage**

Cet article vise à faire porter la responsabilité de la sécurité et de la santé de l'étudiant en troisième cycle des études médicales directement à sa structure d'accueil plutôt qu'à son employeur.

La commission a adopté cet article avec modification, en adoptant un amendement qui étend ce dispositif aux étudiants du deuxième cycle des études de médecine.

I - Le dispositif proposé

A. La santé des étudiants en troisième cycle des études de médecine : des indicateurs inquiétants, une préoccupation majeure

Les enquêtes réalisées par les organisations syndicales représentatives des étudiants de deuxième et troisième cycles des études de médecine (Anemf, Isni, Isnar-IMG) sur la santé des étudiants, et plus particulièrement sur leur santé mentale, témoignent d'une situation préoccupante depuis plusieurs années, que semble avoir aiguisée la crise sanitaire de la covid-19. Les syndromes d'anxiété, d'épuisement professionnel et les risques suicidaires présentent en effet des taux élevés dans cette population. Selon une enquête réalisée entre mai et juin 2021, 75 % des étudiants montraient des symptômes d'anxiété pathologique et 39 % des symptômes de dépression sur les sept jours précédant l'enquête¹.

Le rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé réalisé en 2018 par le Dr Donata Marra², psychiatre, puis celui de l'Igas et de l'IGESR publié en 2022³, ont également contribué à mettre en relief et à objectiver ce phénomène. Ces rapports confirment notamment la progression des risques psycho-sociaux auxquels sont exposés les étudiants. Ils soulignent le rôle que doivent jouer les encadrants maîtres de stage, autant que la nécessité de les former et de les évaluer.

¹ *Enquête 2021 santé mentale – Anemf, Isnar-IMG, Isni.*

² « L'expression du corps médical sur ses conditions de travail est relativement récente. Elle a surtout pris la forme d'alertes autour de l'état de santé mentale de la profession médicale, dénonçant un niveau de stress inquiétant, évoquant des risques croissants de burnout, médiatisant les suicides. Étudiants en formation, internes, médecins libéraux, médecins hospitaliers, tous sont exposés. », *Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, Dr Donata Marra, avril 2018.*

³ La qualité de vie des étudiants en santé (QVES), *Inspection générale des affaires sociales (Igas) et Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR), juillet 2022*

Les conditions de travail étant une source majeure des risques psycho-sociaux, la prise en compte de la pénibilité associée aux professions de santé et l'attention portée au respect du temps de travail, strictement encadré par la réglementation, constituent des axes prioritaires pour œuvrer à l'amélioration de la santé physique et mentale des étudiants.

Parmi les recommandations issues du rapport de l'Igas et de l'IGESR, figuraient la nécessité de formaliser des procédures de repérage et d'accompagnement des étudiants en difficulté ainsi que l'obligation d'une formation des chefs de service, encadrants et maîtres de stage au management et au bien-être des étudiants.

B. Une volonté de responsabilisation des structures d'accueil des étudiants en matière de santé au travail

L'article L. 4121-1 du code du travail prévoit que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Or, sa rédaction n'est pas complètement adaptée à l'exercice « nomade » des étudiants de troisième cycle.

En effet, aux termes des articles R. 632-27 et R. 632-29 du code de l'éducation, les étudiants en troisième cycle des études de médecine, internes et docteurs juniors, accomplissent leur formation dans des lieux de stage agréés, dans des établissements de santé publics ou privés ou en milieu extrahospitalier, notamment en cabinet libéral, en maison de santé ou au sein d'un centre médical du service de santé des armées. Les stages accomplis sont d'une durée d'un semestre chacun, sauf ceux de la phase de consolidation qui ont en principe une durée annuelle¹. Les étudiants sont ainsi conduits à changer de structure d'accueil régulièrement au cours de leur formation.

Le présent article, issu d'un amendement de Stéphanie Rist et plusieurs de ses collègues du groupe *Renaissance*, adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, vise donc à rendre applicable aux étudiants de troisième cycle les dispositions de l'article L. 4121-1 du code du travail, en adaptant les conditions de son application à leur mode d'exercice.

En précisant que c'est « l'entité dans laquelle l'étudiant [...] effectue son stage » qui prend les mesures nécessaires à la protection de la santé de l'étudiant, le nouvel article L. 6153-6 du code de la santé publique responsabiliserait l'ensemble des acteurs de la formation en stage des étudiants.

¹ La durée du troisième cycle des études de médecine est comprise entre trois et six ans (article R. 632-20 du code de l'éducation).

Pour mémoire, le code de la santé publique comprend certaines dispositions réglementaires relatives au suivi des étudiants de troisième cycle par les services de santé au travail.

Ainsi, l'article R. 6153-1-3 du code de la santé publique indique que « le docteur junior relève du service de santé au travail de l'entité où il accomplit son stage. À défaut, il relève du service de santé au travail de son centre hospitalier universitaire de rattachement. Il bénéficie des dispositions de l'article R. 4626-22 du code du travail. » De même, l'article R. 6153-7 du même code rappelle que « les internes relèvent du service de santé au travail de l'entité où ils effectuent leur stage. À défaut, ils relèvent du service de santé au travail de leur centre hospitalier universitaire d'affectation. »

En conséquence, le suivi de la santé de l'étudiant relève en première intention de la responsabilité de l'entité d'accueil.

II - La position de la commission

Le déroulé de la formation des étudiants du troisième cycle des études de médecine les conduit à exercer dans une pluralité de structures en dehors du CHU. Nombre de ces structures ne disposent pas de services de santé au travail et ne se saisissent pas de la question de la santé physique et mentale des étudiants.

À cet égard, les dispositions du nouvel article L. 6153-6 du code de la santé publique que propose de créer le présent article apparaissent pertinentes au regard de son ambition de responsabilisation de tous les acteurs de la formation des étudiants, dans un contexte de diversification des lieux de stage des étudiants. La rapporteure observe toutefois qu'il convient en parallèle d'accompagner les structures d'accueil et les maîtres de stage universitaires par des actions opérationnelles : formations des encadrants, formalisation de procédures, accompagnement des étudiants par des personnels dédiés, cellules d'accueil et d'écoute...

Certes, l'opportunité d'une mesure de niveau législatif doit pourtant être questionnée, dès lors que les règles relatives au statut des étudiants sont de niveau réglementaire¹.

Pour autant, la rapporteure a considéré qu'en l'espèce, le dispositif proposé définissait utilement un principe de caractère suffisamment général et inexistant dans le droit actuel. Elle a donc validé l'insertion de cet article.

De plus, sensible à la question de la santé de tous les étudiants, elle a souhaité amender le présent article afin d'y intégrer également les étudiants du deuxième cycle des études médicales qui sont mentionnés au 1° de l'article L. 6153-1 du code de la santé publique.

¹ Les articles L. 6153-2 et L. 6153-3 du code de la santé publique précisent que le statut des étudiants de deuxième et de troisième cycles est défini par voie réglementaire.

En effet, la réglementation applicable aux étudiants du deuxième cycle s'avère plus incomplète que celle relative aux étudiants du troisième cycle, en ce qu'elle ne prévoit pas leur suivi par le service de santé au travail de leur CHU de rattachement. À ce jour, le statut des étudiants de deuxième cycle prévoit seulement qu'ils doivent justifier remplir « *les conditions exigées par la réglementation en vigueur relative à l'immunisation obligatoire de certaines personnes contre certaines maladies* »¹.

À l'initiative de sa rapporteure, la commission a donc adopté l'**amendement COM-63** pour consolider les dispositions applicables à tous les étudiants en matière de santé au travail.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5 sexies

Expérimenter l'orientation des lycéens résidant dans un désert médical vers les études de santé

Cet article propose de mettre en œuvre une expérimentation visant à encourager l'orientation des lycéens issus de déserts médicaux vers les études de santé.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'origine géographique constitue un critère déterminant de l'installation des professionnels de santé

1. Des études démontrent l'importance de l'origine géographique sur le choix d'installation

De nombreuses études documentent les facteurs déterminant l'installation des médecins, parmi lesquels figure l'origine géographique. La Drees² a rassemblé une documentation étayée sur le sujet et rappelle que les études menées dans divers pays concluent à une prédisposition marquée à l'installation en zone sous-dense des médecins ayant grandi en zone rurale. Ainsi, douze études publiées entre 1973 et 2001 font apparaître une probabilité de s'installer en zone rurale deux à trois fois plus élevée pour les médecins d'origine rurale. Convergentes dans leurs conclusions, ces études ont conduit certains pays comme l'Australie à développer une politique d'accès aux études de médecine prenant en compte ces déterminants.

¹ Article R. 6153-53 du code de la santé publique.

² Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, Les dossiers de la Drees n° 89 (décembre 2021), Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela (Drees) en collaboration avec Quentin Laffeter et Christelle Millien.

La Drees rappelle que les études menées en France aboutissent au même constat, citant une étude du Conseil national de l'ordre des médecins réalisée en 2019¹. Cette étude montre que la proximité familiale est le critère le plus souvent cité parmi les critères de choix, à égalité avec l'existence de services publics sur un territoire.

La répartition géographique des effectifs médicaux est inégale dans tous les pays, à des degrés divers. Partout, l'accès aux services de santé est plus difficile à assurer dans certains territoires, tels que les zones rurales, éloignées ou isolées, ou les zones urbaines défavorisées.

2. Un objectif de santé publique : mieux équilibrer la répartition territoriale des professionnels de santé

En France, l'implantation de l'offre de soins laisse apparaître des déséquilibres territoriaux importants. Selon l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), la part de la population française vivant en zone de sous-densité médicale était de 5,7 % en 2018 contre 3,8 % en 2015². La situation s'est donc récemment dégradée, et la baisse de l'accessibilité s'accroît particulièrement dans le centre de la France, tout en s'étendant à de nouveaux territoires.

Les zones rurales et urbaines périphériques sont les plus impactées puisque 60 % de la population française concernée par des difficultés d'accès aux médecins généralistes vivent dans des territoires ruraux et près de 30 % dans une grande aire urbaine, dont 21 % dans la banlieue parisienne³.

B. L'orientation favorisée vers les études en santé, un levier de long terme pour lutter contre les déserts médicaux

Le présent article résulte de l'adoption en séance publique de sept amendements identiques de Frédéric Valletoux ainsi que Naïma Moutchou et plusieurs de leurs collègues du groupe *Horizons et apparentés*, de Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe *Renaissance*, de Guillaume Garot et plusieurs de ses collègues du groupe *Socialistes et apparentés*, de Philippe Vigier et plusieurs de ses collègues du groupe *Démocrate*, de Hadrien Clouet et plusieurs de ses collègues du groupe *LFI-Nupes*, de Sébastien Peytavie et plusieurs de ses collègues du groupe *Écologiste-Nupes*.

¹ Étude sur l'installation des jeunes médecins, Conseil national de l'ordre des médecins, 2019.

² L'APL prend en compte la démographie des médecins généralistes libéraux et salariés de centres de santé, pas des salariés des établissements de santé.

³ Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, Les dossiers de la Drees n° 89.

L'article 37-1 de la Constitution fixe le principe des expérimentations qui relèvent de la compétence de l'État (« *La loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental.* »). C'est dans ce cadre que le présent article propose de mettre en œuvre une expérimentation qui vise à encourager l'orientation des lycéens issus des déserts médicaux vers les études de santé.

Les territoires désignés comme des « déserts médicaux » sont mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; il s'agit des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sein desquelles les professions de santé et les spécialités bénéficient d'aides spécifiques. Ces dispositifs visent à favoriser l'installation ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, la création de centres de santé et l'exercice coordonné¹.

Le présent article prévoit que cette expérimentation soit pilotée par le ministère de l'éducation nationale et déployée dans trois académies volontaires. Elle consiste à proposer une option santé aux élèves des classes de première et de terminale de la voie générale. D'une durée de cinq ans, l'expérimentation devra faire l'objet d'un rapport d'évaluation au plus tard un an avant son terme, afin de statuer sur son éventuelle généralisation.

II - La position de la commission

À l'appui des travaux qui confirment le rôle de l'origine géographique dans le choix d'installation des professionnels de santé ainsi que des résultats concluants des expérimentations et politiques menées, l'expérimentation proposée par le présent article semble pouvoir contribuer utilement à la lutte contre les déserts médicaux.

Un rapport de l'Igas et de l'IGESR de juillet 2022 portant sur la qualité de vie des étudiants en santé recommande d'ailleurs de compléter la formation des conseillers d'orientation des lycées aux différents métiers de la santé et d'informer les élèves sur les parcours universitaires pour contribuer à l'orientation des futurs étudiants².

La commission a approuvé le sens d'une mesure favorisant la connaissance des études de santé, paramédicales et médicales, auprès d'un public qui se trouve confronté au choix de l'orientation dans les études supérieures. Cette mesure pourrait aussi contribuer à démocratiser l'accès aux études de santé, souvent perçues comme élitistes.

¹ Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale (I., 4°).

² La qualité de vie des étudiants en santé (QVES), *Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'éducation, de la recherche et du sport, juillet 2022.*

La commission a également pris connaissance de la mise en œuvre d'expérimentations dans certains établissements scolaires français, qui semblent se révéler positives. Dans l'académie d'Orléans-Tours, dès 2018, quatorze lycées participaient à un dispositif incitant les lycéens à s'orienter vers les études de médecine. En juin 2023, le recteur de l'académie de Toulouse a annoncé qu'une option santé serait créée dans chaque département de l'académie, en partenariat avec les professionnels de santé du territoire, le rectorat et les facultés.

Lors des auditions, les organisations syndicales représentatives des étudiants en médecine, l'Anemf, l'Isnar-IMG et l'Isni notamment, ont indiqué être favorables à cette mesure, à condition qu'elle ne conduise pas, au moment du choix des formations dans Parcoursup, à désavantager les étudiants qui n'auraient pas suivi une option santé. La Fnesi a pour sa part plaidé pour une implication des organisations syndicales représentatives des étudiants dans le déploiement de l'expérimentation.

Au regard de ces éléments, la commission a souhaité adopter cet article sans modification.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 6

Diverses mesures portant sur la gouvernance et l'organisation territoriale de l'hôpital public

Cet article propose de permettre à un groupement hospitalier de territoire de se voir octroyer la personnalité morale et de renforcer certaines missions du conseil de surveillance des hôpitaux, notamment de contrôle des orientations financières.

La commission a adopté cet article avec modification tendant à clarifier et sécuriser juridiquement les avancées proposées.

I - Le dispositif proposé

A. Un droit d'option pour l'acquisition de la personnalité morale

Le 1° de l'article 6 entend **permettre aux groupements hospitaliers de territoires d'être dotés de la personnalité morale**. Il modifie à cette fin l'article L. 6132-1 du code de la santé publique qui interdit explicitement aux GHT d'être dotés de la personnalité morale.

L'auteur et rapporteur de la proposition de loi entend ainsi donner un **droit d'option** pour doter de la personnalité morale les groupements, estimant que ces derniers « sont arrivés à une maturité de coopération qui les pousse à vouloir porter certaines fonctions à l'échelle du groupement et non plus des établissements seuls ».

B. Un renforcement des missions du conseil de surveillance

L'article L. 6143-1 du code de la santé publique prévoit que « *le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement* ».

Le 2° de l'article 6 entend renforcer les missions du conseil de surveillance en lui donnant une compétence de vote sur le budget des hôpitaux et renforçant son information.

Il modifie à cette fin **l'article L. 6143-1 du code de la santé publique relatif aux missions du conseil de surveillance.**

Dans la rédaction initiale du texte, le *a)* vise à prévoir que **le conseil de surveillance délibère sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), soit le principal document budgétaire de l'hôpital, ainsi que sur le programme d'investissement.**

Le *b)* prévoit lui une présentation au moins annuelle des **observations du directeur général de l'agence régionale de santé concernant l'état de santé de la population** et l'offre de soins du territoire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. En commission

En commission, cet article a été largement remanié sur le champ des compétences du conseil de surveillance.

À l'initiative du rapporteur¹, **la délibération proposée sur l'EPRD a été supprimée.** Le rapporteur souhaitant « *ne pas induire des situations de blocage dans les hôpitaux* » quand selon lui, « *il apparaît qu'une consultation pour avis du conseil de surveillance sur le budget serait suffisante pour alimenter un échange sur la question, sans risque de blocage* ». Le *a)* prévoit ainsi désormais une délibération nouvelle sur le seul **plan pluriannuel d'investissement** et « **le bilan des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins** et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire ».

En outre, il est désormais prévu par un *a bis)* **un avis du conseil de surveillance sur l'EPRD et le programme d'investissement.**

Enfin, un *a ter)* prévoit **une nouvelle information du conseil de surveillance relative aux actions universitaires, d'enseignement et de recherche** menées par le centre hospitalier universitaire de rattachement.

Plusieurs corrections rédactionnelles ont en outre été apportées.

¹ Amendement n° AS758.

B. En séance publique

À l'initiative du rapporteur¹, un amendement a été adopté visant à **dispenser les GHT dont les établissements ont fusionné en un établissement de santé unique d'avoir à être partie à une convention de groupement hospitalier de territoire (b du 1°)**. Selon le rapporteur, « *la fusion des établissements peut être considérée comme l'aboutissement du processus de restructuration territoriale amorcé avec les GHT* » rendant la contrainte d'une adhésion de l'établissement fusionné à un nouveau GHT dépourvue de sens.

À l'initiative de Naïma Moutchou², **il a été ajouté au bilan présenté par le directeur général de l'ARS ses observations sur les mesures d'attractivité des carrières hospitalières du territoire.**

Enfin, des corrections rédactionnelles ont également été apportées.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Un renforcement des capacités d'intégration des GHT à soutenir mais à préciser

1. Un principe bienvenu

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été créés en 2016 par la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé (MSS)³ après l'échec des communautés hospitalières de territoire, puis précisés par la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé (OTSS)⁴.

• Aux termes de l'article **L. 6132-1 du code de la santé publique**, « *le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* ».

135 GHT ont été constitués en 2016. **Il existe aujourd'hui 136 groupements hospitaliers de territoire**, après deux créations et une absorption. Le nombre d'établissements bénéficiant de dérogations est passé sur la même période de 28 à 17.

¹ Amendement n° 746.

² Amendement n° 949.

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Comme l'a constaté la rapporteure de la commission d'enquête sénatoriale sur l'hôpital¹ : « *Tantôt critiqués sur leur capacité à faire émerger un projet médical cohérent et opérationnel sur le territoire, tantôt sur les difficultés à réaliser de réels gains d'efficacité sur les fonctions support, force est de constater que, plus de cinq ans après leur mise en oeuvre, le bilan des 136 groupements existants est pour le moins contrasté et, surtout, très différent d'un groupement à l'autre.* »

Les récents rapports consacrés aux GHT ont pointé l'impossibilité d'acquérir la personnalité morale comme une lacune.

Ainsi, le rapport de l'Igas de 2019² constatait par exemple que « *l'absence de personnalité morale des GHT constitue un compromis juridique trouvé en 2016, qui emporte aujourd'hui des conséquences **dommageables en termes d'agilité de ces structures et s'avère consommateur de ressources.** Ainsi, la prise de décision au sein de la plupart des GHT nécessite un **passage devant un nombre déraisonnable d'instances.** De plus ce dispositif, marqué par une **complexité excessive, éloigne les GHT des élus, des patients et d'une façon générale de la population.*** »

Dans un rapport relatif aux GHT³ et appuyé par une enquête commandée à la Cour des comptes, la commission des affaires sociales avait déploré l'incapacité de ces groupements à devenir un outil adapté à la territorialisation du soin. Parmi les faiblesses identifiées, Denis Morin, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, estimait que « *le deuxième constat porte sur la gouvernance complexe des GHT, **l'absence de personnalité morale étant source de grandes difficultés de fonctionnement.** De fait, les GHT les plus intégrés sont ceux qui ont le mieux fonctionné durant la crise sanitaire.* »⁴

Constatant que « *le fait que la loi ait expressément prévu que le GHT ne serait pas doté de la personnalité morale le prive des moyens juridiques et financiers d'assurer, pour le compte des établissements signataires de la convention constitutive, les missions qui auraient pu lui être déléguées. Le seul délégataire de ces missions se trouve donc être l'établissement support, auquel le GHT n'offre que le cadre juridique de la délégation, sans qu'il n'y bénéficie pour autant de facilités de gestion.* », **la commission avait alors soutenu la possibilité de l'attribution de la personnalité morale au GHT.**

En cohérence, la commission soutient le droit d'option proposé au présent article.

¹ Rapport n° 587 (2021-2022) de Mme Catherine Deroche, fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, déposé le 29 mars 2022.

² Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) de MM. Claude Dagorn, Dominique Giorgi et Alain Meunier, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, 2019-034R, décembre 2019.

³ Rapport d'information n° 22 (2020-2021) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 8 octobre 2020.

⁴ Rapport d'information n° 22 (2020-2021) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 8 octobre 2020.

L'Igas relevait en 2019 d'une part l'avantage perçu de l'absence de personnalité morale, comme garantie contre la fusion des établissements membres dans ce nouvel ensemble en balance des inconvénients comme l'impossibilité pour le GHT de gérer en son nom un budget autonome, de disposer d'un patrimoine, de recruter son personnel, ou d'être titulaire en propre d'une autorisation de soins ou de matériels lourds. **La rapporteure estime que les groupements sont aujourd'hui suffisamment mûrs pour évoluer et solliciter, selon les réalités locales et le niveau d'intégration des établissements et groupements, la personnalité morale.**

En outre, cette disposition est largement soutenue par la fédération hospitalière de France, qui y voit « *la capacité de mieux piloter l'offre de soins, en recevant par exemple directement des autorisations d'activité, et en organiser la graduation sur le territoire plus aisément. La personnalité morale pourra également ouvrir des simplifications majeures, comme la fin de certaines mises à disposition croisées de praticiens entre établissements.* » Cependant, cette proposition soulève des réserves importantes de la Fehap et la FHP.

La conférence des directeurs de centres hospitaliers voit dans le droit d'option différentes opportunités : « *Cette évolution importante permettra aux GHT qui ont atteint une maturité suffisante d'acquérir une personnalité morale, ce qui simplifiera la conduite de projets à l'échelle du groupement. Cette piste, exclue du rapport Hubert-Martineau en 2015 pour faciliter le démarrage des GHT, est réclamée par plusieurs GHT suffisamment matures aujourd'hui, dans le sens d'une simplification du fonctionnement des groupements, et sans aller jusqu'à fusionner les établissements* » en regrettant qu'« *aujourd'hui la conduite de projets médicaux ou médico-techniques dans un GHT est limitée par cette absence de personnalité morale et conduit à des lourdeurs administratives : conventions de refacturation de personnel, créations de GCS par type d'activité pour porter des activités en commun, limites du budget G* ».

La conférence des présidents de CME de centres hospitaliers a également indiqué avoir « *toujours souhaité que cette possibilité soit offerte à ceux qui le souhaitent. Par contre, elle ne doit pas être obligatoire au vu de l'hétérogénéité des GHT notamment dans leurs périmètres* ».

2. Une concrétisation et des finalités à préciser

Une fois le principe approuvé, la rapporteure insiste sur la nécessité d'appréhender les contours pratiques de mise en œuvre.

Or, sur ce point, force est de constater que des précisions devront être apportées.

Interrogée sur **les conditions de sollicitation et de validation d'octroi de la personnalité morale** comme sur **les modalités de mise en œuvre concrète** qu'elle envisageait, **la direction générale de l'offre de soins n'a cependant pas apporté d'éléments de réponse** à la rapporteure.

La fédération hospitalière de France insiste ainsi sur la « *nécessité de préciser la nature de la personnalité morale des GHT* », suggérant que « *les groupements volontaires soient considérés comme une personnalité morale à statut particulier* », en vue de « *préserver l'autonomie et la personnalité juridique propre des établissements parties tout en répondant aux objectifs évoqués précédemment.* »

Si la proposition d'une personnalité morale « à statut particulier » paraît cependant particulièrement délicate juridiquement, la préoccupation de la préservation de l'autonomie des établissements apparaît fondamentale. La commission d'enquête sur l'hôpital préconisait ainsi notamment d'« *actualiser le cadre des groupements hospitaliers de territoires : revoir leur périmètre , approfondir leur gouvernance tout en respectant un principe de subsidiarité* ».

La conférence des directeurs de centre hospitaliers estime qu'il « *sera souhaitable qu'un décret d'application vienne préciser les modalités techniques de la possibilité pour les GHT de se doter de la personnalité morale* », étant « *favorable à une délibération de la CMG puis du COSTRAT du GHT suivie d'une information des Conseils de surveillance des établissements parties et de l'ARS* ».

Enfin, aucune modalité de procédure n'est portée par l'article, quand la rapporteure estime nécessaire d'asseoir cette décision sur une volonté commune des établissements parties, validée par le directeur général de l'ARS.

Souhaitant préciser juridiquement les finalités et modalités opérationnelles permises par l'acquisition de la personnalité morale tout en insistant sur la préservation de l'autonomie des établissements, la commission a adopté, à l'initiative de la rapporteure, l'amendement COM-64.

Celui-ci prévoit la précision par décret en Conseil d'État des conditions dans lesquelles un groupement hospitalier de territoire, sur demande conjointe de l'ensemble des établissements parties et accord du directeur général de l'agence régionale de santé, peut être doté de la personnalité morale, ainsi que **les modalités de conciliation des prérogatives respectives du groupement et des établissements parties.**

B. Un renforcement du rôle du conseil de surveillance inégal et essentiellement symbolique

La rapporteure partage le souhait d'un renforcement des pouvoirs de contrôle et de pilotage stratégique assignés au conseil de surveillance.

Cependant, force est de constater que les modalités nouvelles apportées par le présent article apparaissent mesurées, voire modestes.

Ainsi, les dispositions visant à prévoir des débats annuels ou des informations régulières du conseil de surveillance sont de nature essentiellement symboliques.

Le renforcement des saisines pour avis du conseil de surveillance sur les orientations financières sont, elles, de nature à effectivement accroître l'influence du conseil de surveillance.

Cependant, l'approbation du plan pluriannuel d'investissement a soulevé plusieurs interrogations.

En effet, **il convient d'éviter tout blocage dans le fonctionnement des établissements**. À ce titre, l'approbation de l'EPRD par le conseil de surveillance, initialement proposée par le texte, semblait particulièrement périlleuse. Car, si le code de la santé publique prévoit la reprise en main par le directeur général de l'ARS à défaut d'une adoption de l'EPRD, il ne prévoit pas le cas d'un rejet. Pour ces raisons également, la DGOS estime que le conseil de surveillance ne devrait pas délibérer sur le programme pluriannuel d'investissement.

En outre, **la distinction faite entre le programme pluriannuel d'investissement soumis à délibération du conseil de surveillance et le plan d'investissement fixé par le directeur appelle à être précisée**.

Surtout, la DGOS estime qu' *« il sera compliqué de faire délibérer le CS sur le programme d'investissement ou le PPI sans qu'il ne délibère sur le budget, car cela crée une dissociation entre exploitation/investissement, alors qu'un PPI doit être déterminé au contraire en tenant compte de ce que cela implique en termes de niveau de performance/contrainte sur l'exploitation, et dans la limite des capacités d'autofinancement et d'endettement dont dispose de ce fait l'EPS »*.

La conférence des directeurs se montre cependant moins inquiète, estimant que *« le refus d'approbation du PPI nécessiterait une discussion complémentaire avec les élus, la direction et les tutelles sur les hypothèses retenues. Pour autant cela n'emporterait pas de difficultés majeures de court terme pour l'établissement à la différence d'une absence d'approbation de l'EPRD qui bloquerait le fonctionnement de l'établissement »* et considérant que les dispositions du présent article redonnent de la place aux élus.

C'est pourquoi la commission a, à l'initiative de la rapporteure, adopté **l'amendement COM-65** visant à **apporter plusieurs clarifications rédactionnelles et assurer la cohérence de ce qui doit effectivement être soumis à l'approbation, à l'avis et à la seule information du conseil de surveillance des établissements publics de santé**.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 6 bis A
**Procédure simplifiée de constitution d'un nouveau GHT
par des établissements**

Cet article propose une procédure simplifiée de constitution d'un GHT s'adressant à des établissements déjà membres de groupements.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été adopté lors de l'examen en séance publique à l'Assemblée nationale, à l'initiative de Vincent Thiébaud et plusieurs de ses collègues, avec un avis favorable du rapporteur mais défavorable du Gouvernement.

Il entend permettre une constitution simplifiée d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) par des établissements déjà parties de groupements existants.

L'article 6 bis A modifie (1°) ainsi l'article L. 6132-2 du code de la santé publique relatif à la **constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**.

Il crée un **III** prévoyant la **transmission au directeur général de l'agence régional de santé (ARS) des demandes formulées par des établissements en vue de la constitution d'un groupement hospitalier de territoire**. Ces demandes font l'objet d'un **avis préalable du comité stratégique du groupement de rattachement des établissements demandeurs**, et incluent les « **principales orientations** » d'un futur projet médical partagé.

Le second alinéa du III créé prévoit que le directeur général de l'ARS dispose de deux mois pour statuer sur cette demande et, le cas échéant, arrêter la liste actualisée des groupements.

Enfin, le présent article modifie (2°) l'article L. 6132-7 du code de la **santé publique** afin de prévoir que le contenu et les modalités des demandes de telle constitution simplifiée sont précisés par **décret en Conseil d'État**.

Les auteurs justifient cette disposition en estimant qu'« *au regard des difficultés rencontrées par plusieurs établissements et groupements hospitaliers de territoire, liées à des problématiques de taille, de management ou de cohérence avec les filières de soins, il convient de définir des modalités permettant de réajuster des périmètres défailants afin de relancer une dynamique opérante et structurante* ».

L'Assemblée nationale a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

II - La position de la commission

Comme l'avaient constaté les récents rapports de la commission des affaires sociales du Sénat¹ et de la commission d'enquête sénatoriale sur l'hôpital², **le périmètre de certains groupements hospitaliers de territoire est parfois inadapté et un frein à la bonne coopération des établissements et à la mise en œuvre de politiques intégrées.**

Pour autant, **ce phénomène apparaît minoritaire**, comme le constatent la fédération hospitalière de France qui estime que « *l'ajustement des périmètres des GHT pourrait s'avérer nécessaire, mais uniquement à la marge, dans certains territoires* »³ et les conférences des directeurs de CH et CHU, qui signalent que peu de GHT sont concernés par des modifications de périmètres.

Or, selon la direction générale de l'offre de soins⁴, « *la procédure de révision apparaît adaptée aux enjeux que constitue la création des GHT* ».

Surtout, les conférences des directeurs de centres hospitaliers soulignent que « *le pilotage de projets au sein d'un GHT est très engageant tant sur le plan des coopérations médicales que des fonctions supports (achats, SI...) pour les CHU* » et qu'« *une remise en cause brutale des périmètres à la faveur de demandes locales isolées n'est pas souhaitable* ».

Ainsi, si les conférences constatent des recompositions avec un avis favorable du comité stratégique, comme la création du GHT « Val Rhône Centre » en février 2023 issu de la fusion de deux GHT, elles insistent sur la nécessité d'un dialogue avec les établissements et le rôle prépondérant que doit garder le directeur général de l'ARS.

Sensible à ces arguments, la commission, sur proposition de la rapporteure, a privilégié le maintien du droit applicable et **a supprimé cet article (amendement COM-66).**

¹ Rapport d'information n° 22 (2020-2021) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 8 octobre 2020.

² Rapport n° 587 (2021-2022) de Mme Catherine Deroche, fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, déposé le 29 mars 2022.

³ Réponses au questionnaire.

⁴ Idem.

Article 6 bis B

**Participation des parlementaires aux conseils de surveillance
d'établissements de santé nationaux**

Cet article vise à prévoir la participation de parlementaires aux conseils de surveillance des établissements publics de santé nationaux.

La commission a adopté cet article en le modifiant afin de clarifier les dispositions applicables à la participation des parlementaires au sein des conseils de surveillance de l'ensemble des établissements publics de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article, adopté à l'initiative de Sylvain Maillard¹, **crée un article L. 6147-1 du code de la santé publique** au sein d'une section consacrée à diverses dérogations au même code.

Il s'agit, de prévoir, par **dérogation à l'article L. 6143-5 dudit code relatif à la composition du conseil de surveillance** des établissements publics de santé, une **participation de parlementaires au sein des établissements publics de santé nationaux** et « *en particulier le Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts et l'établissement public de santé national de Fresnes* ». Ceux-ci seraient désignés au sein de chaque assemblée par la commission des affaires sociales.

Cet article vise à répondre à un vide juridique pour certains établissements dont la composition du conseil de surveillance relève de dispositions réglementaires.

En effet, depuis la loi organique du 15 septembre 2017 pour la confiance dans la vie politique, **l'article L.O. 145 du code électoral dispose qu'un député ou un sénateur** « *ne peut être désigné en cette qualité dans une institution ou un organisme extérieur qu'en vertu d'une disposition législative qui détermine les conditions de sa désignation* ». Le présent article donne la base légale requise par la loi organique.

II - La position de la commission

A. Une disposition relative aux établissements nationaux soutenue par la commission

La situation particulière des établissements publics de santé nationaux trouve avec cet article une base légale permettant la participation des parlementaires au conseil de surveillance.

¹ Amendement n° 1033.

Cependant, il apparaît préférable de ne pas mentionner deux établissements en particulier, et d'inscrire ces dispositions directement au sein de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique. C'est le sens de **l'amendement COM-67** adopté par la commission à l'initiative de la rapporteure.

B. Un ajustement du droit commun relatif aux établissements publics de santé

En 2021, la **loi Rist¹** a modifié l'article L. 6143-5 relatif à la **composition du conseil de surveillance des hôpitaux publics, afin de prévoir la présence des parlementaires.**

Article L. 6143-5 du code de la santé publique (extrait)

Peuvent participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé et un sénateur élu dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.

Cependant, il apparaît que, si la désignation de droit applicable aux députés ne pose pas de problème, **les règles de désignation des sénateurs se trouvent en réalité inapplicables.** Le nombre d'établissements concernés, supérieur à 1 300, et les multiples contraintes à respecter, en particulier les impératifs de représentation des équilibres politiques, n'ont pas permis de désignation formelle à ce jour.

La commission avait fait valoir ces difficultés lors de l'examen de la loi Rist en 2021 et rappelé que tout parlementaire pouvait tout à fait demander à être invité à participer aux réunions du conseil de surveillance d'un hôpital.

Soucieuse de préserver la présence désormais prévue par la loi de parlementaires au sein des conseils de surveillance des hôpitaux publics et d'en assurer une bonne applicabilité, la commission a, sur proposition de la rapporteure, adopté le même **amendement COM-67** tendant à **permettre aux députés et sénateurs de participer aux réunions du conseil de surveillance d'un établissement se trouvant sur le territoire duquel ils sont élus.**

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Article 6 ter

Validation des nominations des candidats au concours externe organisé pour le recrutement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au titre de 2019

Cet article consiste en une validation législative de l'inscription sur la liste d'aptitude et des titularisations de 39 directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S) dont la situation juridique est fragilisée par des recours devant le tribunal administratif.

La commission a adopté cet article avec une modification rédactionnelle visant à sécuriser le dispositif.

I - Le dispositif proposé

A. La validation législative constitue une immixtion du pouvoir législatif dans l'autorité judiciaire, à rebours de la séparation des pouvoirs qui prévaut habituellement

La validation législative est un procédé juridique par lequel le **législateur couvre l'illégalité d'un acte**, généralement un acte administratif, annulé ou susceptible de l'être par le juge.

Une loi de validation a donc pour effet de « légaliser » rétroactivement un acte administratif pourtant illégal à son édicition, ou pris sur le fondement d'un acte illégal. En cela, une **loi de validation** déroge à l'article 2 du code civil aux termes duquel « *la loi ne dispose que pour l'avenir ; elle n'a point d'effet rétroactif* ».

Dès lors, le juge chargé de se prononcer sur l'illégalité de l'acte administratif couvert se réfère à la loi de validation, qui le rend légal rétroactivement, et **ne peut prononcer son annulation**.

La validation législative constitue donc une **immixtion du pouvoir législatif dans l'autorité judiciaire**, l'adoption d'une loi par le législateur visant à faire obstacle au prononcé de l'illégalité d'un acte par le juge et pouvant **donc influencer sur le cours d'instances encore pendantes**.

La pratique de la validation législative doit, à ce titre, être conciliée avec la **séparation des pouvoirs** consacrée par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789.

B. La validation législative fait donc, à ce titre, l'objet d'un encadrement particulier par la Cour européenne des droits de l'Homme et le Conseil constitutionnel

1. L'encadrement croissant des validations législatives

Malgré les **risques de confusion des pouvoirs** attenants à la pratique des lois de validation, le législateur a longtemps disposé d'une **importante liberté en la matière**.

C'est pourquoi le Conseil constitutionnel et la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ont entendu, par leur jurisprudence, **davantage encadrer** le recours aux lois de validation, selon trois axes principaux :

- **la temporalité de l'adoption de la loi :**

- pour le Conseil constitutionnel depuis sa décision n° 80-119 DC du 22 juillet 1980 dite « Validation d'actes administratifs », la validation ne saurait **remettre en cause une décision de justice passée en force de chose jugée**, c'est-à-dire un jugement qui n'est plus susceptible de recours ;

- pour la CEDH, **la procédure de validation ne doit pas entraver le fonctionnement** de la justice en étant **trop tardive** afin de respecter le droit à un procès équitable garanti à l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme.

- **l'objet de la mesure de validation :**

- aucune mesure de validation ne peut revenir sur le principe de **non-rétroactivité en matière pénale**, selon la décision n° 80-119 DC du 22 juillet 1980 du Conseil constitutionnel précitée ;

- la mesure de validation doit être justifiée par un **motif d'intérêt général « suffisant » pour le Conseil constitutionnel¹ et « impérieux » pour la CEDH²**. Un motif purement financier ne saurait, par exemple, justifier une mesure de validation³, à peine de censure par le Conseil constitutionnel.

- **la forme de la mesure de validation**, qui ne doit pas « *avoir pour effet, sous peine de méconnaître le principe de la séparation des pouvoirs et le droit à un recours juridictionnel effectif [...] d'interdire tout contrôle juridictionnel de l'acte validé quelle que soit l'illégalité invoquée par les requérants* »⁴. Par conséquent, la mesure de validation doit avoir une **portée circonscrite et préciser les motifs d'illégalité** auxquels elle vise à faire échec.

2. Les principaux domaines dans lesquels s'opère la validation législative dans un objectif d'intérêt général

S'il convient de souligner la **diversité des champs** dans lesquels trouvent à s'appliquer des mesures de validation, les domaines des **concours de la fonction publique et de l'enseignement supérieur**, les décisions en matière d'urbanisme et de fiscalité sont **particulièrement fréquents**.

¹ Décision n° 80-119 DC du 22 juillet 1980 dite « Validation d'actes administratifs ».

² CEDH, 28 octobre 1999, Zielinski et Pradal c/France.

³ Décision n° 95-369 DC du 28 décembre 1995 sur la loi de finances pour 1996.

⁴ Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

En effet, dans ces domaines, l'annulation par le juge d'actes administratifs est susceptible d'avoir **d'importantes répercussions sur les situations individuelles des individus concernés**, qui ne sont pourtant pas responsables de l'illégalité en cause ; ou bien de poser des difficultés telles à l'administration que l'annulation d'un acte pourrait **contrevenir au principe à valeur constitutionnelle de continuité du service public**¹.

C. Le présent article consiste en une validation législative de l'inscription sur la liste d'aptitude et des titularisations des 39 lauréats du concours de D3S organisé en 2018

Le présent article, inséré par amendement de la rapporteure générale Stéphanie Rist en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale, consiste en une **mesure de validation législative**.

Celle-ci concerne **l'inscription sur la liste d'aptitude, les titularisations et les certificats d'aptitude attribués à 39 lauréats du concours externe de D3S organisé en 2018 au titre de l'année 2019**.

En effet, un candidat admissible mais non admis à ce concours a obtenu du juge administratif, par un jugement du 16 mars 2021 :

- **l'annulation de la délibération du jury** du 28 novembre 2018 fixant la **liste de candidats admis au concours** ;

- **l'annulation de l'arrêté** du 11 février 2019 portant nomination des trente-neuf lauréats en tant **qu'élèves-directeurs à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)**.

Le Centre national de gestion, chargé de l'organisation du concours, a fait appel de ces décisions.

Le même requérant a formé, le 26 mars 2021, un nouveau recours dont la date d'audience n'a pas encore été fixée, contre :

- **l'arrêté** du 18 décembre 2020 établissant la **liste des élèves D3S sur la liste d'aptitude** à compter du 1^{er} janvier 2021 ;

- les arrêtés portant **titularisation et nomination** des trente-neuf élèves-directeurs dans le corps des D3S ;

- l'attribution des **certificats d'aptitude** aux fonctions de D3S aux lauréats.

La mesure de validation législative prévue au présent article entend **consolider la situation juridique des trente-neuf lauréats**, désormais en fonction, en **faisant obstacle à ce que le juge puisse annuler leur titularisation et leur certificat d'aptitude**, ce qui rendrait impossible **l'exercice de leur activité professionnelle**.

¹ Citons par exemple la décision n° 99-425 DC du 29 décembre 1999 sur la loi de finances rectificative pour 1999, sur la continuité des services publics fiscaux et juridictionnels.

II - La position de la commission

La commission accueille favorablement les dispositions du présent article, qui permettront de **consolider la situation juridique de directeurs en poste depuis près de trois ans** et qui risquent aujourd'hui de perdre leur droit à exercer leur activité professionnelle.

La DGOS note en effet qu'« *en cas d'annulation de la nomination des 39 D3S concernés par le juge administratif, ceux-ci perdront leur qualité de fonctionnaire titulaire depuis la date de leur titularisation* » même si « *les années de services effectuées ne seront pas remises en cause sur le plan de la rémunération (théorie du service fait)* ».

À des fins de sécurité juridique, il convient donc de prendre les mesures nécessaires pour éviter la remise en cause de la situation professionnelle consolidée des 39 lauréats du concours externe de D3S organisé en 2018 au titre de l'année 2019, alors même que les directeurs concernés **ne sont nullement responsables de l'illégalité** qui a conduit à l'annulation de la délibération du jury sur leur concours d'admission.

Cette mesure de validation est également justifiée par « *la dégradation de l'organisation et du fonctionnement* » des établissements d'exercice des 39 D3S concernés si ceux-ci venaient à voir leur titularisation être remise en cause, dans un contexte démographique défavorable pour le corps.

Évolution de l'effectif des D3S du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2022



Source : CNG

La commission souscrit à l'analyse de la DGOS selon laquelle la mesure de validation sert, en l'espèce, un but d'intérêt général incontestable.

Afin de s'assurer de la **conformité** de la mesure de validation **aux exigences qui se dégagent des jurisprudences du Conseil constitutionnel et de la Cour européenne des droits de l'Homme**, la commission a adopté un **amendement de précision rédactionnelle COM-68 visant à circonscrire la portée de la mesure** en précisant les motifs d'illégalité dont elle entend purger la liste d'aptitude, le décernement des certificats d'aptitude et les arrêtés portant titularisation et nomination des trente-neuf directeurs concernés.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 7

Interdiction d'exercer en intérim en début de carrière dans les établissements de santé et médico-sociaux et dans les laboratoires de biologie médicale

Cet article propose d'interdire pour certains professionnels la possibilité d'embauche en début de carrière en mission de mise à disposition temporaire en établissements de santé, médico-sociaux et dans les laboratoires de biologie médicale, ou « intérim médical et paramédical ».

La commission a adopté cet article modifié en vue de renforcer les outils d'encadrement de l'intérim et d'appui aux établissements dans la gestion de leurs manques immédiats de personnels.

I - Le dispositif proposé

L'article 7 reprend les dispositions de l'article 42¹ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, article censuré par le Conseil constitutionnel car relevant d'un « cavalier social ».

A. Un phénomène d'intérim médical et paramédical particulièrement déstabilisateur pour les établissements de santé

Aux termes de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique (CSP), les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des **missions de travail temporaire**.

Le recours au marché de l'intérim vise soit à **remplacer des salariés absents**, soit à **assurer l'accroissement temporaire d'activité**. Comme le soulignait à l'automne dernier le Gouvernement², il a pour objet « *d'assurer la continuité de service et le maintien de la qualité et de la sécurité des soins en cas d'absence imprévue d'un agent ou de l'impossibilité de le remplacer dans des délais compatibles avec le maintien de la continuité des soins* ». Il peut être satisfait *via* une société d'intérim ou une société de placement, ou directement par un contrat de gré à gré.

Le recours au travail intérimaire, dit intérim médical, est depuis un décret du 24 novembre 2017³ doublement encadré :

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

¹ Numérotation du texte considéré comme adopté définitivement par l'Assemblée nationale. Cet article portait le numéro 25 en cours de navette.

² Annexe 9 au PLFSS.

³ Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

- par un **montant plafond journalier** des dépenses susceptibles d'être engagées au titre de cet intérim, qui était fixé par un arrêté du 24 novembre 2017¹ à **1 170,04 euros**.

- L'intérim médical, qui a connu au cours des dernières années un développement massif, présente des **risques pour les établissements de santé : d'un point de vue budgétaire, d'une part ; au regard de la qualité des soins, d'autre part**.

En effet, face à des **besoins particulièrement importants et des situations de tensions sur les établissements quant à leur capacité à assurer leur activité, le marché de l'emploi médical temporaire donne lieu à des contrats très coûteux pour les établissements de santé**.

Surtout, comme cela est régulièrement signalé, les contrats de gré à gré, conclus directement par les établissements, dépassent souvent les plafonds réglementaires de rémunérations.

Un coût devenu difficilement supportable pour les établissements

La fédération hospitalière de France estime **la charge de l'intérim médical à 2 milliards d'euros en 2022 pour les établissements publics de santé**². Interrogée sur la part que représentent respectivement les mises à disposition et les contrats de gré à gré, la FHF a indiqué que *« la part de la mise à disposition par une entreprise de travail temporaire est difficile à déterminer précisément car les dépenses de gré à gré sont incluses dans les postes contractuels »*.

La FHP soulignait lors du dernier PLFSS *« les dérives de l'intérim dans le champ de la santé »* et *l'« impact financier majeur du mercenariat (coût estimé de 500 millions d'euros par an), qui engendre une surenchère intenable pour les établissements »*.

La Fehap avait indiqué que le poids des ETP de l'intérim - médical et non médical - sur le total des ETP a crû de façon significative entre 2017 et 2020 : + 174 %/an en moyenne pour l'intérim médical, + 59 %/an pour l'intérim non médical. Sur cette même période, la masse salariale consacrée à l'intérim médical des EBNL (hors CLCC) passe de 41,6 millions d'euros à 73,3 millions d'euros soit une augmentation de 76 % (données ATIH).

Selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS)³, **les dépenses relatives à l'intérim médical** inscrites dans la base de données comptables des établissements publics de santé se distinguent sur deux comptes. **Pour l'intérim médical au sens strict, les dépenses s'élèvent à 172 millions d'euros en 2021 et 159 millions d'euros en 2022**. En revanche, **pour les contrats de gré à gré**, il est impossible d'identifier les contrats de vacations constituant de l'intérim « déguisé » et donc de définir précisément le volume des dépenses issues de l'exécution de ces contrats. Dans le secteur médico-social, les dépenses de l'intérim médical et paramédical s'élèvent à 69 millions en 2021 et 100 millions en 2022.

¹ Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

² Réponse au questionnaire de la rapporteure.

³ Idem.

Concernant les contrats de gré à gré, la DGOS indique qu'il n'est pas possible d'identifier dans les budgets des établissements la part correspondant à de « l'intérim déguisé », c'est-à-dire à un contrat conclu après mise en relation d'un professionnel de santé et d'un établissement employeur *via* une entreprise spécialisée. En effet, souligne-t-elle, les contrats de gré à gré correspondent à un modèle d'emploi classique et important dans les établissements publics de santé, en complément de l'emploi titulaire.

Du point de vue de la **qualité des soins, l'intérim médical et paramédical est également un sérieux problème** identifié par les acteurs hospitaliers.

D'une part, la pression relative aux besoins ne permet pas toujours d'assurer la qualité de recrutements impératifs. D'autre part, **l'instabilité des équipes de soins dans les services conduit à court terme à une moins bonne continuité des soins** mais aussi à plus long terme à un **moindre investissement dans les projets structurants des établissements**.

Unicancer estimait ainsi lors du PLFSS 2023 que « *le recours à l'intérim ne permet pas de garantir la même qualité de prise en charge des patients, telle qu'assurée par des salariés formés, expérimentés et habitués aux bonnes pratiques, aux spécificités de l'établissement, et au fonctionnement en équipe établi* »¹.

Enfin, alors que les intérimaires revendiquent pour des rémunérations parfois plus attractives de pouvoir choisir leurs jours de travail et parfois même leurs services, **les titulaires doivent eux assurer des charges supplémentaires liées aux impératifs de gardes par exemple, et ce pour des salaires parfois inférieurs**. Le développement de l'intérim, qui le rend encore plus attractif pour les titulaires encore en poste, **renforce la perte d'attractivité et de fidélisation dans les établissements de santé**.

Comme le soulignait le professeur Olivier Claris², l'hôpital public se trouve enfermé dans un **cercle vicieux**, maintenu dans l'incapacité de financer des mesures d'attractivité des praticiens statutaires en raison des dépenses importantes d'intérim médical qu'il engage, elles-mêmes conséquences de ce défaut d'attractivité.

Pour la FHP, « *ces abus sont symptomatiques d'un système de santé qui ne va pas bien, et qui ne peut s'accommoder plus longtemps de modes de fonctionnement précaires* ».

¹ Réponse au questionnaire de la rapporteure.

² Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier Claris.

B. Une interdiction proposée des contrats de mise à disposition pour les jeunes diplômés

1. Une interdiction de missions d'intérim pour les jeunes diplômés au nom de la qualité des soins

• Le Gouvernement proposait à l'automne 2022 d'interdire l'intérim en début de carrière. Il justifiait la mesure dans l'étude d'impact du PLFSS 2023¹ en considérant que « *l'intégration d'intérimaires sans expérience préalable ni autre que l'intérim au sein d'un collectif de travail et pour des durées de mission souvent très courtes, ne permet de garantir ni la stabilité des équipes et les exigences d'un exercice collectif, ni la qualité des soins* ». Le Gouvernement entendait ainsi orienter les jeunes diplômés vers un premier emploi en établissement de santé en vue d'y acquérir une expérience avant d'envisager l'intérim.

Reprenant les dispositions de l'article 42 de la LFSS 2023, le II modifie à cette fin le **code de la santé publique** dans son volet relatif aux établissements de santé.

Un chapitre V serait ainsi rétabli au sein du titre I^{er} - relatif à l'organisation des activités des établissements de santé - du livre I^{er} de la sixième partie.

Ce nouveau chapitre intitulé « **Mise à disposition temporaire de professionnels de santé auprès des établissements de santé** » comprendrait un article unique avec le rétablissement d'un article L. 6115-1.

Le **premier alinéa restreint pour les établissements de santé et les laboratoires de biologie médicale la possibilité de recourir à certaines professions dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire.**

Ainsi, le recours à ces professionnels ne pourrait se faire qu'à la condition d'un exercice préalable de leur activité sous une autre forme que celle d'un contrat de mission d'intérim.

Pour ouvrir la possibilité de l'exercice sur le mode de l'intérim, **l'activité doit avoir été exercée auparavant pendant une durée minimale ;** cette durée est appelée à être appréciée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Dans l'étude d'impact jointe au PLFSS 2023², le Gouvernement n'indiquait pas la durée qu'il entend fixer pour interdire l'intérim en « *début de carrière* ». Devront à cette fin être précisées par exemple une quotité d'heures travaillées en établissement ou une durée d'exercice libéral.

¹ Annexe 9 au PLFSS 2023.

² Idem.

Sont concernées les professions énumérées à ce même alinéa, que sont les **médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes**. Peuvent également être concernées des **professions non énumérées** mais relevant du livre III de la quatrième partie du même code : il s'agit ici des **auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires**.

2. Une responsabilité pesant sur les entreprises d'intérim

Le **second alinéa** de l'article codifié précise la charge du respect de la limitation prévue au premier alinéa.

Ainsi, **il appartient aux entreprises d'intérim de vérifier la satisfaction de la condition** d'exercice préalable pour une durée suffisante. En outre, les entreprises doivent **attester du respect de la condition auprès des établissements de santé** au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition.

Un décret en Conseil d'État doit préciser les modalités d'application de cet alinéa.

Reprenant un des apports du Sénat à la rédaction de la LFSS 2023, il est également précisé que ce décret prévoit **les sanctions applicables** en cas de manquement.

C. Des dispositions étendues au champ médico-social

- Comme cela avait été proposé lors de la navette parlementaire au cours de l'examen du PLFSS 2023, le **I** prévoit la même interdiction pour les établissements et services sociaux médico-sociaux. Il modifie à cette fin le **code de l'action sociale et des familles** en y insérant un **nouvel article L. 313-23-4 qui étendrait cette interdiction** aux établissements et services relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, soit les **établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)** accueillant des personnes âgées ou personnes handicapées.

Cette interdiction de recours aux contrats de mise à disposition concerne pour ces établissements les médecins, infirmiers, mais aussi les **aides-soignants et accompagnants éducatifs et sociaux**.

Enfin, contrairement au décret prévu au I, le décret déterminant les modalités d'application de l'article relatif aux ESMS doit prévoir les **sanctions applicables en cas de manquement constaté à cette interdiction**.

- Le **III** prévoit enfin **l'application du présent article** aux contrats conclus à partir du **premier jour du quatrième mois suivant la promulgation** de la présente proposition de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Différents amendements rédactionnels ont été adoptés en commission.

En séance publique, à l'initiative de Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues¹, une **dérogation à l'interdiction d'exercice en intérim a été prévue pour les étudiants en santé.**

En outre, à l'initiative de Perrine Goulet, l'Assemblée nationale a, avec le soutien du rapporteur et du Gouvernement, **étendu le périmètre au champ de la protection de l'enfance et aux professions d'accompagnement socio-éducatif.**

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Un contexte de mise en application attendue prochainement des dispositions de la loi Rist

1. Un plafonnement difficile des rémunérations en intérim

Le présent dispositif encadrant davantage le recours à l'intérim médical est proposé alors que les dispositions de la loi Rist² visant à limiter les dérives de l'intérim sont entrées en application au début de l'année 2023.

Mesures de la « loi Rist » visant à limiter les abus de l'intérim médical

Les conclusions du Ségur de la santé faisaient figurer en « Mesure 3 - mettre fin au mercenariat de l'intérim médical » deux recommandations :

- faire bloquer par les comptables publics les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire ou ne respectant pas les conditions fixées par la réglementation ;
- permettre aux agences régionales de santé (ARS) de dénoncer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers.

L'article 33 de la loi « Rist » a prévu dans un article L. 6146-4 du code de la santé publique ces deux mesures pour limiter les abus, applicables **dans le champ de l'hôpital public** :

- le directeur général de l'ARS est ainsi enjoint à **déferer au tribunal administratif les contrats irréguliers qui seraient conclus avec des sociétés d'intérim** ;
- le comptable public a désormais l'obligation de procéder au **rejet du paiement des rémunérations** - dans le cadre de contrats de mise à disposition temporaire - **qui excéderaient les plafonds réglementaires** et d'ordonner leur paiement dans les conditions réglementaires.

¹ Amendement n° 1028.

² Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

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

De fait, le retard pris pour appliquer ces dispositions illustre bien les difficultés auxquelles ont été confrontés les différents acteurs.

2. Une mise en œuvre depuis le printemps 2023

Ainsi, cette mesure, normalement en vigueur depuis la promulgation de la loi en avril 2021, n'était **cependant pas appliquée, plus d'un an après l'adoption de la loi**.

Comme le constate la direction générale de l'offre de soins¹, *« cette mesure législative ne nécessitait pas de décret d'application, mais une instruction d'application conjointe de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction générale des finances publiques (DGFIP) avait été préparée. Toutefois, compte tenu du risque de déstabilisation de l'offre de soins dans certains territoires dans un contexte de crise sanitaire de la covid-19, l'entrée en vigueur de ces dispositions, initialement fixée au 28 octobre 2021, a été reportée. »*

La DGOS indique que **des travaux préparatoires à la mise en œuvre de ces contrôles se sont néanmoins poursuivis depuis l'automne 2021**, au niveau national et en région, en vue d'établir des diagnostics territoriaux par spécialités en lien avec les agences régionales de santé. Ainsi, **des « contrôles à blanc » des paies des établissements ont été réalisés dans plusieurs régions**, sous la conduite des directions régionales et départementales des finances publiques en lien avec les agences régionales de santé. Plusieurs concertations et échanges avec les élus et les représentants des sociétés d'intérim médical se sont également tenus parallèlement.

• Entendu par la commission à l'automne 2022, François Braun, alors ministre de la santé et de la prévention, a précisé qu'*« en ce qui concerne la loi Rist, les mesures de limitation de la rémunération de l'intérim seront appliquées au printemps prochain. En effet, dans l'hypothèse probable d'une grève des intérimaires, il faut laisser aux établissements le temps de s'organiser. »*²

Le plafonnement des revenus des médecins intérimaires n'est finalement entré en application que le 3 avril 2023.

Pour tenir compte du contexte économique et des évolutions de rémunération intervenues depuis 2021, le plafond de rémunération est revu pour atteindre **1 390 euros brut pour 24 heures de travail**.

¹ Réponses au questionnaire de la rapporteure, relatif au PLFSS pour 2023.

² Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 – Audition de M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention.

La direction générale des finances publiques (DGFIP) a dressé un premier bilan des contrôles comptables réalisés à fin juillet. Il en ressort une montée en charge progressive des contrôles comptables (entre 4 600 et 5 600 contrats de gré à gré contrôlés chaque mois entre mai et juillet ; 2 142 prestations d'entreprises de travail temporaires (ETT) contrôlées en juillet).

Le taux de rejet est très faible sur les contrats de gré à gré (moins de 1 %), il est plus important sur les contrats d'intérim au sens strict (jusqu'à 9.8 % en mai 2023 ; 3.27 % en juillet 2023) mais avec une tendance progressivement décroissante.

En juillet 2023, 4 678 contrats de gré à gré ont été contrôlés pour un montant représentant près de 15,6 millions d'euros.

Les suspensions reposent principalement sur une absence de contrats ou de pièces comptables obligatoires. Les rejets reposent principalement sur le dépassement du plafond journalier ou du plafond annuel.

En juillet 2023, 2 142 factures liées à des contrats d'ETT ont été contrôlées pour un montant de 11,6 millions d'euros (contre 1 298 factures d'ETT contrôlées en juin 2023 pour un montant de 7,5 millions d'euros). En juillet 2023, 70 factures d'ETT ont fait l'objet d'un rejet du comptable (soit 3,27 % des factures contrôlées), notamment pour dépassement du plafond journalier et absence de contrat.

Source : Réponses de la DGOS au questionnaire de la rapporteure

3. Des effets collatéraux encore mal appréciés

La fédération hospitalière de France (FHF) estime anticipé de dresser un bilan de l'entrée en application de la loi, alors que plusieurs mesures d'urgence ont été adoptées pour faciliter la transition, à savoir **l'absence de contrôle des contrats signés avant le 3 avril, la libéralisation du contrat « de motif 2 » et la hausse des plafonds journaliers**. Cependant, selon la FHF, les établissements feraient remonter « *qu'une partie des intérimaires hors cadre de rémunération ne sont pas revenus dans les établissements à la suite de l'application de ces mesures* ».

Plusieurs points de vigilance ont été mis en avant auprès de la rapporteure¹ par la fédération, qui souligne l'existence d'un éventuel effet d'aubaine au profit d'agences d'intérim désormais plus fortement sollicitées par les établissements qui ne peuvent plus toujours conclure de contrats de gré à gré aux montants souhaités par le praticien, avec des frais de gestion majorant le coût global, ou encore des fragilités dans la continuité et la permanence des soins, faute de médecins, sans qu'un lien avec ces dispositions soit systématiquement établi.

• **La rapporteure partage également une préoccupation exprimée par les fédérations comme les conférences de présidents de CME et de directeurs d'établissements concernant les contrats de type 2.**

¹ Réponses au questionnaire de la rapporteure.

La FHF a constaté depuis la mise en œuvre de l'encadrement de l'intérim médical **une forte augmentation des contrats de « motif 2 »** pour de courtes durées, quand ces derniers visent normalement à répondre à des difficultés particulières de recrutement ou d'exercice d'une activité nécessaire à l'offre de soins du territoire.

Or, ces contrats, qui offriraient des rémunérations parfois deux à trois fois supérieures à celles de praticiens titulaires, ne sont aujourd'hui contrôlés que sur leurs montants, non sur l'existence d'un motif justifiant le recours au motif 2. Sont ainsi constatés des départs de jeunes praticiens hors des CHU pour être mieux rémunérés avec de tels contrats, quand ceux-ci étaient fléchés sur des postes pérennes.

Le risque de contournement de la loi doit ainsi retenir la vigilance du Gouvernement.

B. Une disposition nécessaire mais incomplète

Comme le souligne la DGOS, les travaux réalisés en 2021 indiquent que **les spécialités les plus concernées par le recours à l'intérim sont les spécialités les plus en tension avec un enjeu majeur de maintien de la continuité et de la permanence des soins dans certains territoires**, en particulier : la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation, la médecine générale, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie et la radiologie.

Selon la conférence des présidents de CME de centres hospitaliers, les besoins en intérim *« augmentent inéluctablement et concernent maintenant plus ou moins toutes les spécialités médicales. Outre les urgences et l'anesthésie, les besoins augmentent fortement en médecine polyvalente et gériatrie »*.

La fédération hospitalière de France a également insisté sur le pourcentage de postes vacants demeurant aujourd'hui très important dans certaines spécialités que sont **les urgences (27 %), l'anesthésie-réanimation (23 %), la radiologie (26 %), et la psychiatrie (23 %)**, avec un recours à l'intérim rendu indispensable pour assurer la permanence des soins notamment.

• **La mesure proposée en 2022 et proposée à nouveau par ce texte demeure donc pleinement nécessaire. Pour autant, elle ne saurait à elle seule répondre aux difficultés de personnels dans les hôpitaux et ne peut s'apprécier qu'au sein d'un corpus cohérent de mesures visant à rétablir l'attractivité des carrières hospitalières.**

1. Une interrogation concernant les contrats de gré à gré

Comme lors du PLFSS 2023, la rapporteure s'interroge toujours sur le champ de la présente disposition. En effet, **les contrats de gré à gré** sont souvent ceux où sont constatées les dérives les plus importantes en matière de rémunérations.

Interrogée sur ce point, la DGOS avait alors indiqué considérer que *« restreindre les possibilités de recrutements offertes aux établissements nécessiterait de modifier les statuts ou règles applicables et constituerait surtout une atteinte à la liberté contractuelle de ces mêmes établissements »*. Aussi, il ne serait selon elle *« pas possible d'inclure ces contrats dans le champ de la mesure sans rigidifier excessivement le fonctionnement des établissements de santé et sans risquer de les mettre en difficulté »*.

Ensuite, comme l'avait souligné la FHF auprès de la rapporteure, les plafonds pour ces contrats *« sont différents et inférieurs à ceux des missions par société d'intérim mais sont clairement définis par le statut. Surtout, ils sont la forme contractuelle qui permet de rentrer dans les hôpitaux, de préparer le concours de PH, et peut-être demain de générer des droits à effectuer de l'intérim. »*

Cependant, au-delà de ce dispositif, la FHF a indiqué souhaiter **élargir aux recrutements de gré à gré l'encadrement des tarifs de l'intérim médical** introduit en 2016.

En outre, la FHF proposait que **le cadre réglementaire précise les droits et obligations inclus par les contrats de très courte durée (moins de 24 heures), ainsi que le nombre maximal de missions réalisables mensuellement par un praticien.**

2. Un plafonnement de l'activité en intérim à engager pour l'ensemble des professionnels : en finir avec le « mercenariat »

Le dispositif proposé, restreignant l'accès à l'intérim des jeunes professionnels, est nécessaire mais ne concerne en réalité qu'une petite partie des effectifs.

Or, si **l'argument de la qualité des soins est légitime concernant de jeunes diplômés dont l'expérience doit être complétée, il est également pertinent pour des professionnels plus expérimentés.** En effet, leur pratique moins stable ne permet pas de suivi des patients et de cas complexes. Et, du point de vue des établissements, les changements fréquents dans les équipes et leur instabilité nuit à la qualité et à la continuité des prises en charge.

Aussi, au-delà des rémunérations, la rapporteure estime nécessaire de soulever la question, **comme cela est fait pour l'exercice en téléconsultation, d'un « plafond d'activité » en intérim.**

À cette fin, la commission a adopté **un amendement COM-69 déjà adopté lors du PLFSS 2023** et visant, suivant le même mode de vérification que celui proposé au présent article, à **restreindre la possibilité d'exercer en contrat de mise à disposition pour les professionnels qui n'auraient pas réalisé, au cours des douze derniers mois, une partie de leur activité sous un autre mode d'exercice.**

Pourraient ainsi par exemple tout à fait poursuivre une activité en intérim des agents en temps partiel ou des professionnels ayant une activité en établissement ou une activité libérale suffisante.

Le volume d'activité requis serait défini par voie réglementaire et cette condition devrait là aussi être vérifiée par les sociétés d'intérim, afin de ne pas complexifier les démarches administratives des établissements.

Il s'agit ici de postuler très clairement que **l'intérim ne doit pas être un mode d'exercice « à temps plein » et que les professions médicales doivent s'exercer selon une activité stable**, qu'elle soit en établissement ou libérale.

Ce dispositif a vocation à inciter fortement les professionnels à revenir sur des modes d'exercices et de contrats « classiques ». Cependant, la commission insiste sur le fait que **cette « contrainte » doit s'accompagner parallèlement de mesures concernant les conditions de travail et de rémunérations** : l'attractivité des postes et la fidélisation ne peut pas fonctionner du fait de la seule norme.

3. Une évaluation des besoins à mieux apprécier

Comme elle l'avait fait lors du PLFSS 2023, la commission estime que **les ARS doivent pouvoir disposer en temps réel d'une évaluation des besoins dans l'ensemble des établissements de santé**, publics comme privés, pour **mieux évaluer les difficultés des établissements à assurer les activités programmées en raison de contraintes de personnels**.

C'est le sens de **l'amendement COM-71 adopté par la commission** qui prévoit pour les établissements une **obligation d'information des ARS** quand des **tensions anticipées sur leurs niveaux de personnels seraient de nature à remettre en cause leur activité programmée** et, surtout, à obérer leur capacité à faire face aux soins non programmés.

La commission a enfin apporté des modifications rédactionnelles (**amendement COM-70**).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 8

**Renforcer le contrôle financier sur les cliniques privées,
leurs satellites et les sociétés qui les contrôlent**

Cet article prévoit la transmission aux juridictions financières ainsi qu'aux inspections générales des comptes certifiés des établissements de santé privés et des groupes les détenant.

La commission a adopté cet article avec une modification tendant à préserver le droit applicable aux juridictions financières.

I - Le dispositif proposé : un renforcement des obligations déclaratives des établissements de santé privés

Cet article entend accroître le contrôle des cliniques privées et des groupes pouvant les détenir.

L'article étend ainsi les pouvoirs d'accès aux documents comptables pour les autorités de tarification aux documents des sociétés satellites et des sociétés qui contrôlent les établissements. Il prévoit en outre la même mise à disposition des comptes et autres documents auprès des **juridictions financières et organismes de contrôle administratif.**

Comme le précise le Gouvernement¹, « *dans le cadre des problématiques observées sur les Ehpad privés à but lucratif, notamment lors de l'affaire Orpéa, il a été constaté que le contrôle existant était limité dans sa capacité à identifier les flux des sociétés satellites ainsi que des sociétés qui exercent sur elles un contrôle direct ou indirect. En effet, au sein des groupes privés, les flux et endettement entre les différentes structures d'un groupe et structures connexes peuvent être complexes* ».

À cette fin, il reprend un **dispositif adopté en loi de financement** de la sécurité sociale pour 2023 mais censuré par le Conseil constitutionnel qui estimait que la disposition constituait un **cavalier social**².

L'article 8 modifie l'article L. 6161-3 du code de la santé publique qui prévoit aujourd'hui la **transmission des comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés, ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires, à l'autorité de tarification d'une part, et à l'agence régionale de santé d'autre part.**

Le même article prévoit également la transmission à la Cour des comptes des rapports de certification.

¹ Réponses de la DGOS au questionnaire de la rapporteure.

² Décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022.

Le présent article propose ainsi :

- d'ajouter aux destinataires des comptes certifiés **les juridictions financières** – que sont la Cour des comptes et les chambres régionales et territoriales – ainsi que **les services d'inspection et de contrôle**, à savoir notamment l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales, dans le cadre de leurs contrôles (2° du texte initial) ;

- d'étendre aux **juridictions financières** et aux **services d'inspection et de contrôle** le **droit d'accès à toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle** aujourd'hui prévu pour l'autorité de tarification (3° du texte initial) ;

- de **prévoir la même obligation de transmission des comptes et le même pouvoir d'accès aux documents**, cette fois à **tout organisme, toute société ou tout groupe disposant d'un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion dans un établissement de santé privé ou d'un pouvoir de contrôle¹ de celui-ci** (1° du texte initial). Il s'agit là d'une **extension du champ de compétence des autorités de tarification aux sociétés satellites des établissements et aux sociétés qui les contrôlent**, que l'article apporte par la même occasion aux juridictions financières et aux corps d'inspection.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En commission, l'article a été modifié à l'initiative du rapporteur en vue d'y apporter différentes clarifications rédactionnelles².

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

À la suite du scandale « Orpéa » en 2022, les pouvoirs de contrôle des groupes privés exerçant dans le domaine sanitaire et social et étant pour partie financés par des fonds publics ont été largement renforcés.

La loi de financement de la sécurité sociale (article 62) a ainsi prévu notamment **la compétence de la Cour des comptes pour contrôler, outre les établissements et services de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social, les personnes morales qui exercent un contrôle**, et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services.

Ces dispositions vont dans le bon sens et il apparaît indispensable de permettre un contrôle efficace de l'ensemble des établissements de la sphère sanitaire et médico-sociale et prévenir des dérives mettant en danger la sécurité des patients.

¹ Le contrôle sur une société est défini par renvoi au code du commerce (article L. 233-3).

² Amendement n° AS757.

Pour autant, il apparaît que **les dispositions ici proposées ne sont, pour les juridictions financières pas opportunes.**

En effet, aux termes des articles L. 141-5 et L. 241-5 du code des juridictions financières, **la Cour des comptes et les chambres régionales et territoriales des comptes disposent d'un droit de communication** en application duquel elles sont « *habilité[e]s à accéder à tous documents, données et traitements, de quelque nature que ce soit, relatifs à la gestion des services et organismes soumis à son contrôle ou nécessaires à l'exercice de ses attributions, et à se les faire communiquer sans qu'un secret protégé par la loi puisse [leur] être opposé* ».

Ainsi, il ressort des échanges entre la rapporteure et les services de la Cour des comptes que les dispositions de l'article 8 prévoyant un droit d'accès aux documents comptables **risquent de venir affaiblir la portée des principes fixés par le code des juridictions financières.**

En outre, la transmission des comptes certifiés ne présente, au regard des pouvoirs apportés par le droit de communication qu'un intérêt marginal.

C'est pourquoi, à l'initiative de la rapporteure, la commission a **modifié cet article** afin de limiter les nouvelles transmissions des comptes et nouveaux pouvoirs d'accès aux documents comptables des établissements privés et de leurs groupes **aux seuls corps d'inspection (amendement COM-72).**

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 8 bis

Contrôle des groupes de cliniques privées par les agences régionales de santé et les corps d'inspection

Cet article propose d'étendre les pouvoirs de contrôle des agents des ARS et des corps d'inspection en matière de respect des réglementations sanitaires au champ des groupes d'établissements privés.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été introduit lors de l'examen du texte en séance publique à l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement¹.

¹ Amendement n° 1122.

L'article 8 de la présente proposition de loi prévoit la transmission aux autorités de tarification, juridictions financières et services d'inspection et de contrôle, des comptes certifiés des établissements privés de santé, ainsi qu'un accès aux documents comptables nécessaires aux contrôles. Les mêmes obligations ont par ailleurs été étendues aux sociétés exerçant un contrôle ou satellites de ces établissements.

Cependant, le Gouvernement constate que **ces autorités et services d'inspection et de contrôle ne disposent pas explicitement de compétence pour contrôler ces structures.**

Le présent article entend ainsi renforcer le caractère opérationnel des dispositions de l'article 8 en modifiant **l'article L. 6116-1 du code de la santé publique, qui prévoit que l'exécution des lois et règlements dans le champ de la santé publique est contrôlée, au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux :**

- par les agents désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

- par les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires ;

- ainsi que par **les membres de l'Inspection générale des affaires sociales.**

Il s'agit plus précisément d'étendre ce contrôle, en complétant l'article L. 6116-1, aux personnes morales gestionnaires des établissements, ou qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle des gestionnaires ainsi qu'aux sociétés satellites.

L'Assemblée nationale a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

II - La position de la commission

Cet article vient clarifier les compétences de contrôle du respect de la réglementation en matière de santé publique au sein des groupes d'établissements privés de la sphère sanitaire, sociale et médico-sociale.

Ces dispositions sont **cohérentes avec la logique de renforcer le contrôle financier sur ces mêmes établissements**, et apparaissent **souhaitables dans le cadre du contrôle du respect des obligations sanitaires dans les établissements.**

La commission a adopté cet article sans modification.

Articles 9 et 10

**Mieux intégrer les praticiens diplômés hors Union européenne
dans notre système de santé**

L'article 9 vise à créer une nouvelle procédure d'autorisation provisoire d'exercice pour les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) n'ayant pas encore réussi les épreuves de vérification des connaissances.

La commission a adopté cet article avec modification visant à prévoir que la commission chargée de se prononcer sur la délivrance d'autorisations provisoires est, pour les pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, nationale.

L'article 10 entend créer deux nouveaux titres de séjour « talent – professions médicales et de la pharmacie », pour les Padhue bénéficiant, d'une part, des nouvelles autorisations provisoires d'exercice et pour ceux, d'autre part, qui ont réussi les épreuves de vérification des connaissances.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. L'encadrement de l'exercice des Padhue et leur place dans le système de soins

Le code de la santé publique réserve, en principe, l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme¹ ou de pharmacien² aux personnes :

- titulaires des diplômes, certificats ou titres listés par la loi et donnant accès à ces professions ;
- de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissantes d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE), du Maroc ou de la Tunisie ;
- inscrites à un tableau de l'ordre de la profession.

Aussi les professionnels titulaires de diplômes obtenus hors de l'Union européenne ne peuvent-ils, en principe, pas exercer la médecine, l'odontologie, la maïeutique ou la pharmacie en France. Depuis 1972³, toutefois, plusieurs dispositifs dérogatoires ont été mis en place par la loi et fréquemment réformés pour permettre d'autoriser individuellement les Padhue à exercer sous certaines conditions.

¹ Article L. 4111-1 du code de la santé publique.

² Article L. 4221-1 du même code.

³ Loi n° 72-661 du 13 juillet 1972 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme.

1. Les procédures d'autorisation d'exercice des Padhue

Instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007, modifiée en 2012, prolongée en 2016 puis encore en 2018, l'actuelle **procédure d'autorisation d'exercice (PAE)** des Padhue se compose de trois voies d'accès au plein exercice :

- une **procédure de droit commun** (dite « *liste A* ») ;
- une **procédure réservée, notamment, aux réfugiés et apatrides** (dite « *liste B* ») ;
- une **procédure transitoire de régularisation pour régler les cas des Padhue** ayant été recrutés illégalement, mise en place par la loi en 2019.

a) *La procédure de droit commun : la « liste A »*

La voie d'accès de droit commun à l'autorisation de plein exercice comprend, pour les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme¹ comme de pharmacien², **quatre étapes**.

- La première étape, la plus sélective, consiste en un concours organisé annuellement pour chaque profession et, le cas échéant, chaque spécialité : les **épreuves anonymes de vérification des connaissances (EVC)**.

Le nombre de candidats susceptibles d'être reçus pour chaque profession et pour chaque spécialité est fixé, chaque année, par arrêté³ et tient compte de l'évolution du nombre d'étudiants recrutés dans les études de santé⁴. Le nombre de candidatures aux EVC est limité à quatre.

- Après leur réussite aux EVC, les candidats sont **affectés sur un poste par décision du ministre de la santé** ou, sur délégation, du Centre national de gestion (CNG).

Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre de la santé, et subordonné au rang de classement des EVC.

- Les candidats doivent valider, pendant leur affectation, un **parcours de consolidation de compétences (PCC)** :
 - d'une durée de **deux ans en médecine et en pharmacie** ;
 - d'une durée d'**un an pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes**.

¹ Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

² Article L. 4221-12 du même code.

³ Pour l'année 2023, arrêté du 20 avril 2023 portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4111-2 et à l'article L. 4221-12.

⁴ Articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique.

- À l'issue du PCC, enfin, les candidats peuvent bénéficier d'une **autorisation de plein exercice** délivrée par le ministre de la santé ou, sur délégation, le directeur général du CNG après avis d'une **commission nationale** comprenant notamment des délégués du conseil national de l'ordre concerné et des organisations nationales de la profession.

b) La procédure réservée, notamment, aux réfugiés et apatrides : la « liste B »

Une procédure spécifique est **réservée aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire**. Y sont également éligibles les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises¹.

Ces personnes peuvent bénéficier, lorsqu'elles sont titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention, d'une **attestation permettant un exercice temporaire**, délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) après examen du dossier. Elles sont alors affectées dans un établissement de santé.

Les candidats **s'engagent, en contrepartie, à passer les EVC**. Toutefois, le nombre de postes ouvert aux EVC ne leur est pas opposable : les EVC s'apparentent pour eux à un simple examen.

c) La procédure transitoire de régularisation mis en place en 2019

- Enfin, pour régler le cas des Padhue recrutés, souvent illégalement, par les hôpitaux confrontés à des vacances de postes récurrentes, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (dite « OTSS ») de 2019 a défini des **modalités dérogatoires et transitoires d'autorisation d'exercice** visant :

- à **autoriser temporairement à exercer**, jusqu'à la fin de l'année 2020, le Padhue présents dans un établissement de santé au 31 décembre 2018 et recrutés avant le 3 août 2010 ;

- à **ouvrir une procédure d'autorisation pérenne d'exercice ad hoc** à destination des Padhue présents dans un établissement de santé à la fin de l'année 2018 et ayant exercé pendant au moins deux ans depuis le 1^{er} janvier 2015 : condition dite « *d'exercice suffisant et récent* ».

La procédure d'autorisation comprend une instruction des dossiers par les commissions compétentes d'autorisation d'exercice, et donne lieu à l'octroi d'une autorisation temporaire d'exercice pour les candidats.

- Il était initialement prévu que cette voie d'accès dérogatoire **s'éteigne au plus tard le 31 décembre 2020**, les dispositions de la loi de 2019 ont, depuis, fait l'objet de **modifications successives** pour allonger la période transitoire et reporter les dates butoirs qu'elles prévoient.

¹ Articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique.

Dernièrement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a reporté au 30 avril 2023 :

- la date de fin des autorisations temporaires d'exercice visant les Padhue recrutés avant le 3 août 2010 ;

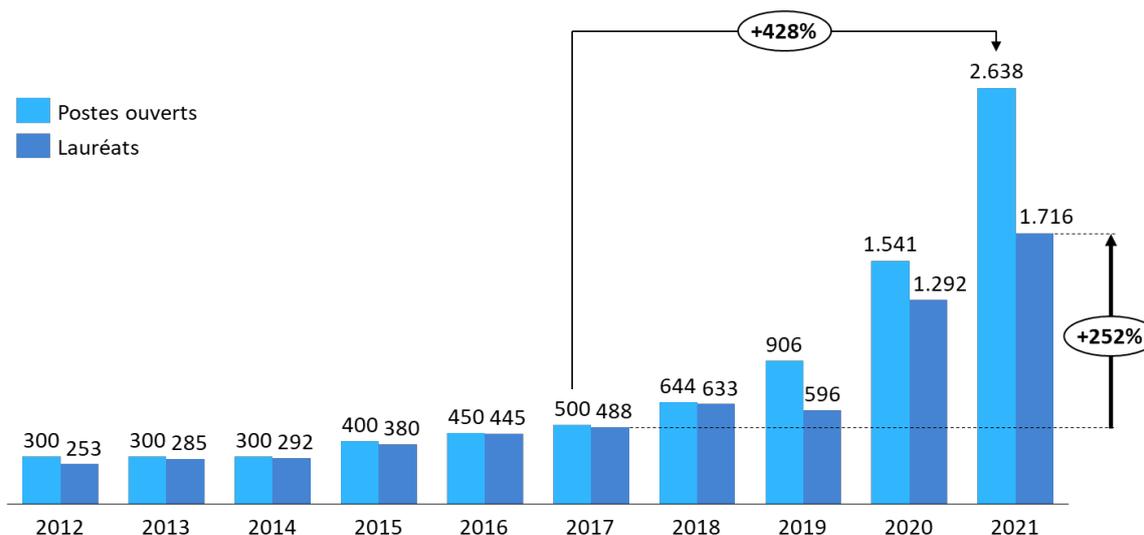
- comme la date de fin de la procédure d'autorisation pérenne d'exercice *ad hoc*.

2. La place importante des Padhue dans le système de santé

Les Padhue exerçant sur le territoire français contribuent, dans le contexte de tension démographique touchant actuellement les professions médicales et, singulièrement, la profession de médecin, au **maintien de l'offre de soins**.

• Le nombre de postes ouverts aux EVC comme de candidats reçus a, à cet égard, **sensiblement augmenté ces dernières années**. Entre 2017 et 2021, le nombre de lauréats de la « liste A » a ainsi été multiplié par près de 2,5 pour dépasser, en 2021, 1 700.

Nombre de postes ouverts et de lauréats aux EVC de la liste A (2012-2021)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des chiffres du CNG recueillis par l'Assemblée nationale

Pour l'année 2023, le nombre de postes ouverts aux EVC continue de croître et s'établit à 2 737, toutes professions et spécialités confondues¹.

La médecine concentre l'essentiel des places offertes aux candidats : 2 703 postes, soit presque 99 % des postes ouverts, dont 537 en médecine générale, 263 en gériatrie et 173 en anesthésie-réanimation.

¹ Arrêté du 20 avril 2023 portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4111-2 et à l'article L. 4221-12.

Dix-sept places sont ouvertes en odontologie, douze pour la pharmacie et cinq pour la profession de sage-femme.

B. Les articles 9 et 10 visent à renforcer l'attractivité de la procédure d'autorisation d'exercice en créant une nouvelle attestation d'exercice temporaire et en rénovant les conditions de séjour des Padhue

Les mesures portées par les articles 9 et 10 de la présente proposition de loi figuraient également dans le projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, déposé au Sénat le 1^{er} février 2023¹ et examiné par la commission des lois le 15 mars dernier.

• **L'article 9** entend créer une **nouvelle attestation d'exercice temporaire** visant les Padhue de la procédure de droit commun (ou « *liste A* »).

Pour ce faire, il insère dans le code de la santé publique deux nouveaux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12-1 prévoyant, respectivement pour les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, d'une part, et pour les pharmaciens, d'autre part, qu'une autorité compétente désignée par décret en Conseil d'État pourra, après avis d'une commission comprenant notamment des professionnels de santé, délivrer une attestation permettant un exercice provisoire pour la profession et, le cas échéant, la spécialité concernées.

Les professionnels pourront exercer dans un établissement de santé public ou privé à but non lucratif et dans un établissement social ou médico-social.

Pour obtenir cette attestation, les candidats doivent :

- être titulaires d'un titre de formation délivré par un tel État et permettant l'exercice de la profession ;
- établir leur expérience professionnelle par tout moyen ;
- disposer d'un niveau de connaissance suffisant de la langue française ;
- s'engager, enfin, à passer les EVC.

Ils devaient par ailleurs, dans le texte déposé, être ressortissants d'un État autre que ceux membres de l'UE ou parties à l'accord sur l'EEE.

La durée de validité de l'attestation ne peut excéder treize mois, renouvelables une fois.

Un décret en Conseil d'État devra définir les modalités d'application de ces nouvelles dispositions.

¹ *Projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, texte n° 304 (2022-2023) déposé au Sénat le 1^{er} février 2023.*

• **L'article 10** vise à créer **deux nouvelles cartes de séjour** « *talent – professions médicales et de la pharmacie* ».

Il insère, pour cela, un nouvel article L. 421-13-1 dans la section 3 du chapitre I^{er} du titre II du livre IV du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), relative au « *passport talent* », créant :

- pour les Padhue bénéficiant de la nouvelle attestation provisoire et exerçant, dans un établissement de santé public ou privé à but non lucratif, un établissement social ou médico-social, un emploi pour une durée supérieure ou égale à un an, une carte de séjour pluriannuelle « *talent – professions médicales et de la pharmacie* » d'une durée maximale de treize mois ;

- pour les Padhue bénéficiant d'une décision d'affectation ou d'une autorisation d'exercer – soit ayant réussi les EVC –, ou pour ceux de la liste B bénéficiant d'une attestation d'exercice temporaire, qui occupent un emploi au titre de la profession concernée, une carte de séjour pluriannuelle « *talent – professions médicales et de la pharmacie* » d'une durée maximale de quatre ans.

Ces deux cartes de séjour ne peuvent être octroyées que lorsque la rémunération de l'intéressé excède un seuil fixé par décret en Conseil d'État. Elles permettent, par ailleurs, l'exercice de l'activité professionnelle ayant justifié leur délivrance.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

• La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de son rapporteur, divers amendements rédactionnels à **l'article 9 de la proposition de loi**.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur à **l'article 9** supprimant la condition tenant à la nationalité du bénéficiaire. Sont, ainsi, éligibles à la nouvelle attestation provisoire d'exercice les Français et les ressortissants d'un État membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'EEE titulaires d'un titre de formation délivré par un État tiers.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

• La commission des affaires sociales puis, en séance publique, l'Assemblée nationale ont, par ailleurs, adopté divers amendements rédactionnels à **l'article 10** ne modifiant pas l'économie du dispositif.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

- La commission **partage l'ambition de ces dispositions** de renforcer l'attractivité de la procédure d'autorisation d'exercice et d'encourager, ainsi, les Padhue à s'y porter candidats.

Consciente de l'importance des Padhue dans le système de santé, singulièrement pour la profession de médecin connaissant des tensions démographiques désormais bien connues, la commission souhaite que ceux-ci puissent pleinement contribuer à maintenir l'accès aux soins des assurés et à répondre aux besoins importants de recrutement des établissements de santé.

L'examen de ces dispositions a, toutefois, soulevé **deux catégories d'interrogations**.

- Si une attestation provisoire d'exercice peut déjà être délivrée par les ARS aux Padhue relevant de la procédure réservée notamment aux réfugiés et apatrides, dite de la « *liste B* », elle constitue en revanche une **innovation dans la procédure de droit commun, qui réservait jusque-là toute autorisation d'exercice aux lauréats des EVC**.

La commission s'est interrogée sur les conséquences d'une telle évolution, en particulier dans le cas où **deux échecs successifs au concours priveraient les intéressés de perspectives d'exercice** à l'issue de leur autorisation provisoire. Elle souhaite que de solides garanties soient définies afin que de telles situations n'alimentent pas un nouveau « *stock* » de Padhue exerçant sans autorisation.

Le Conseil d'État, saisi du projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration qui portait initialement ces mesures, avait également souligné « *le risque que cette procédure ne conduise à générer des situations de Padhue continuant à exercer en France après avoir échoué au concours des EVC similaires à celles que le Gouvernement s'est efforcé de régulariser ces dernières années* »¹.

À cet égard, la commission a favorablement accueilli les garanties intégrées à l'article 9, qui soumettent l'octroi d'une attestation provisoire à des conditions strictes de diplôme et d'expérience professionnelle, à l'examen du dossier de l'intéressé par une commission comprenant des professionnels de santé ainsi qu'à un engagement, de sa part, à passer les EVC.

Interrogé par la rapporteure, le ministère de la santé et de la prévention a, par ailleurs, indiqué que les conditions d'exercice des bénéficiaires de l'attestation seraient strictement encadrées : « *Ces professionnels exerceront sous la supervision d'un praticien de plein exercice.*

¹ Avis n° 406543 du 26 janvier 2023 sur un projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration.

Leurs lieux d'exercice sont limitativement énumérés pour qu'ils puissent bénéficier d'un taux d'encadrement suffisant. »¹

Pour renforcer encore ces garanties, et dans la mesure où le faible nombre de candidats le permet, la commission a adopté un **amendement COM-73** de sa rapporteure précisant, à l'article 9, que les **commissions compétentes** pour émettre un avis sur les demandes d'attestation provisoire d'exercice des professions de chirurgien-dentiste, de pharmacien et de sage-femme devraient être **nationales**. Pour la profession de médecin, comptant de très nombreux candidats, la nature et la composition de la commission devront être définies par décret en Conseil d'État.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

- La commission a, par ailleurs, **regretté que soient incluses, dans un texte relatif à l'accès aux soins, des dispositions touchant aux conditions de séjour des Padhue** qui ne relèvent pas de sa compétence et figuraient, déjà, dans un projet de loi relatif à l'immigration et à l'intégration récemment déposé par le Gouvernement sur le bureau du Sénat.

Elle relève, à cet égard, que le rapport de Muriel Jourda et Philippe Bonnecarrère, établi au nom de la commission des lois sur ces dispositions, relevait le caractère disproportionné des droits au regroupement familial attachés à la carte de séjour pluriannuelle « *talent – professions médicales et de la pharmacie* » d'une durée maximale de treize mois et destinée aux Padhue bénéficiant d'une attestation provisoire.

La commission a jugé que ce débat trouvait mieux sa place dans l'examen d'un projet de loi relatif à l'immigration que dans celui d'un texte relatif au système de santé. Elle a, en conséquence, adopté un **amendement COM-74** de sa rapporteure supprimant l'article 10 de la présente proposition de loi.

La commission a supprimé cet article.

¹ Réponses écrites de la DGOS au questionnaire transmis par la rapporteure.

Article 10 bis

Rénover le dispositif de droit commun de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne

Cet article propose de réformer la procédure d'autorisation de droit commun des Padhue, en permettant notamment une modulation de la durée du parcours de consolidation des compétences après avis de la commission nationale d'autorisation d'exercice, pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, et d'une commission régionale pour les médecins.

La commission a adopté cet article modifié afin de supprimer la commission régionale prévue pour les médecins et confier la modulation de la durée du parcours à la commission nationale d'autorisation d'exercice. Elle a également précisé que les commissions nationales devaient être majoritairement composées de professionnels de santé.

I - Le dispositif proposé

A. La procédure de droit commun d'autorisation d'exercice des Padhue

• La **procédure d'autorisation d'exercice de droit commun**¹ des Padhue est fixée, pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes² et pharmaciens³, par le code de la santé publique. Elle comprend quatre étapes :

- la réussite au concours annuel des **épreuves anonymes de vérification des connaissances (EVC)** ;

- l'**affectation par le ministre de la santé** sur un poste en France en qualité de praticien associé ;

- la validation d'un **parcours de consolidation des compétences (PCC)** dans cette affectation, d'une durée de deux ans pour les médecins et pharmaciens et d'une durée d'un an pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ;

- la délivrance, enfin, d'une **autorisation de plein exercice** par le ministre de la santé ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion (CNG).

¹ Les différentes procédures d'autorisation d'exercice des Padhue sont présentées dans le commentaire des articles 9 et 10 de la présente proposition de loi.

² Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

³ Article L. 4221-12 du même code.

• L'octroi, aux Padhue ayant accompli avec succès les étapes précédentes, d'une autorisation de plein exercice par le ministre ou le directeur général du CNG intervient après avis d'une **commission nationale d'autorisation d'exercice**.

Celle-ci **évalue la compétence de chacun des candidats** dans la profession et, le cas échéant, la spécialité au vu, notamment, du rapport d'évaluation établi par le responsable de la structure dans laquelle le lauréat a effectué le PCC. Elle peut convoquer les candidats pour une audition¹.

La **commission compétente pour les professions médicales** est constituée en trois sections, respectivement compétentes pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. Pour les médecins, la section est composée de collègues correspondant aux diverses spécialités².

La **commission compétente pour la pharmacie** est constituée en deux sections respectivement compétentes pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice de la pharmacie et en vue de l'exercice dans la spécialité de biologie médicale.

La composition des commissions nationales d'autorisation d'exercice

Les commissions d'autorisation d'exercice sont toutes composées du directeur général du CNG, du directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP), du président de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de deux représentants du Conseil national de l'ordre de la profession.

Elles comprennent par ailleurs³ :

- pour les **médecins**, le collège de chaque spécialité, constitué de cinq membres siégeant aux commissions de qualification ordinales, et d'un membre de la profession concernée proposé par les organisations nationales des Padhue ;

- pour les **chirurgiens-dentistes**, de deux membres proposés par les organisations syndicales représentatives, d'un membre proposé par les organisations nationales des Padhue, d'un chirurgien-dentiste parmi les membres du personnel enseignant et hospitalier titulaires, de deux chirurgiens-dentistes spécialistes en orthopédie dento-faciale, en chirurgie orale ou en médecine bucco-dentaire ;

- pour les **sages-femmes**, de deux membres choisis parmi des organisations syndicales représentatives, d'un membre de la profession proposé par les organisations nationales des Padhue, d'une sage-femme directrice d'école, d'un membre des associations professionnelles ;

¹ Article D. 4111-8 du code de la santé publique.

² Article D. 4111-9 du même code.

³ Articles D. 4111-10 et D. 4221-4 du même code.

- pour les **pharmaciens et hors biologie médicale**, d'un pharmacien enseignant-chercheur, d'un praticien hospitalier, de deux pharmaciens représentant le secteur libéral et d'un membre proposé par les organisations nationales de Padhue.

• Les commissions émettent, à la majorité des voix, un **avis motivé** sur les demandes qui leur sont présentées¹.

B. Le présent article vise à réformer la procédure d'autorisation d'exercice de droit commun

Le présent article, issu d'un amendement du rapporteur adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, entend rénover la **procédure de droit commun d'autorisation d'exercice des Padhue**.

Pour cela, son **I** modifie l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, relatif aux conditions d'autorisation d'exercice des Padhue des professions médicales – médecine, odontologie et maïeutique.

Le **1°** remplace, parmi les autorités susceptibles d'accorder une autorisation de plein exercice, le directeur général du CNG par une autorité compétente désignée par décret en Conseil d'État et précise que la commission émettant un avis est « *nationale* ».

Le **2°** supprime les dispositions relatives aux modalités dérogatoires d'évaluation de la maîtrise de la langue française qui étaient instituées au bénéfice des personnes ayant obtenu en France un diplôme interuniversitaire de spécialisation, ainsi que celles précisant que le nombre de postes ouverts aux EVC tient compte, notamment, de l'évolution du nombre d'étudiants dans les études médicales.

Le **3°** supprime les dispositions dérogatoires applicables aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire, qui leur permettaient de solliciter une attestation d'exercice temporaire en contrepartie d'un engagement à passer les EVC.

Les **4°, 5° et 6°** modifient les dispositions applicables aux PCC pour :

- supprimer les durées minimales prévues, de deux ans pour les médecins et d'un an pour les chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;

- prévoir la réalisation, pour chacune de ces trois professions, d'un stage d'évaluation dont la durée est déterminée par voie réglementaire ;

- confier, pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, à la commission nationale d'autorisation d'exercice le soin d'émettre un avis sur la poursuite du PCC à l'issue du stage d'évaluation et la nécessité de réaliser un stage complémentaire ;

¹ Articles R. 4111-11 et D. 4221-6 du code de la santé publique.

- confier cette responsabilité, pour les médecins, à une commission régionale comprenant des professionnels de santé, la commission nationale demeurant libre de décider également de la réalisation d'un stage complémentaire ;

- préciser que la décision d'autoriser individuellement les lauréats candidats intervient dans un délai fixé par voie réglementaire à compter de la proclamation des résultats des EVC ;

- supprimer les dispositions relatives aux lieux de stage autorisés, ainsi qu'aux modalités de choix du poste de PCC par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre et selon leur rang de classement aux EVC.

Le II de l'article apporte des modifications identiques, *mutatis mutandis*, à la procédure d'autorisation d'exercice pour la profession de pharmacien. Il confie, comme pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, à la seule commission nationale le soin d'émettre un avis sur la poursuite du PCC à l'issue du stage d'évaluation.

II - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli ces dispositions** dans la mesure où elles sont susceptibles de simplifier le parcours des Padhue de la « liste A ».

- La possibilité de moduler la durée du PCC en fonction des résultats obtenus aux EVC, de la formation initiale et de l'expérience professionnelle des candidats pourrait permettre de **précipiter l'autorisation d'exercice de certains Padhue, dont le dossier présente les meilleures garanties.**

Interrogé à ce sujet par la rapporteure, le ministère de la santé et de la prévention a indiqué que ce dispositif était susceptible de bénéficier aux Padhue originaires de pays où le niveau de formation est particulièrement élevé ou à ceux ayant pu bénéficier des nouvelles attestations temporaires d'exercice et accumuler, ainsi, une expérience professionnelle plus importante sur le territoire français.

Les conseils nationaux des ordres des quatre professions visées, auditionnés, ont tous indiqué être favorables à une telle modulation, à la condition toutefois que les modalités d'application d'une telle mesure garantissent la qualité et la sécurité des soins.

- À cet égard, les représentants des quatre professions auditionnés ont également souligné l'**importance de la commission nationale** pour assurer la qualité de l'évaluation des candidats et l'équité de traitement des candidats sur tout le territoire.

La création, pour les médecins, d'une commission régionale partageant avec la commission nationale d'autorisation d'exercice la compétence pour évaluer l'opportunité de prolonger le PCC apparaît, en outre, susceptible d'alourdir la procédure, à rebours des objectifs de simplification et d'attractivité mis en avant par le Gouvernement.

Pour garantir l'efficacité de la procédure comme l'équité de traitement des candidats, la commission a adopté à l'initiative de sa rapporteure un **amendement COM-76** supprimant la commission régionale prévue pour les médecins et confiant entièrement la compétence de modulation du PCC à la commission nationale d'autorisation d'exercice.

La présence majoritaire, au sein de la commission, de professionnels de santé constituant une garantie supplémentaire de qualité dans l'évaluation des candidats, à laquelle les professionnels apparaissent particulièrement attachés, la commission a également adopté un **amendement COM-75** de sa rapporteure l'inscrivant dans la loi.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 10 ter

Demande de rapport sur le recrutement des professionnels en établissements de santé

Cet article propose la remise d'un rapport sur le recrutement des professionnels en établissements de santé.

En cohérence avec sa position constante sur les demandes de rapports au Parlement, la commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article adopté à l'initiative de la députée Christine Le Nabour et plusieurs de ses collègues lors de la discussion de la proposition de loi en séance publique¹ prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement. Ce rapport « **chiffré** » porte sur **les modes de recrutement des professionnels de santé en établissements de santé**.

Les auteurs de l'amendement soutiennent la remise de ce rapport au regard du dispositif de l'article 7 relatif à l'intérim en établissements de santé, en vue d'obtenir des données précises sur les « méthodes de remplacement utilisées localement ».

¹ Amendement n° 951.

II - La position de la commission

Si la situation relative aux recrutements temporaires dans les établissements de santé mériterait d'être davantage documentée, la sollicitation de ces informations auprès du ministère de la santé et de la prévention ou des fédérations hospitalières ne nécessite pas de disposition législative.

En cohérence avec sa position constante sur les demandes de rapports au Parlement, la commission a, à l'initiative de la rapporteure (amendement COM-77), supprimé cet article.

Article 10 quater

Demande de rapport sur le déroulement des études médicales et paramédicales et la situation statutaire des étudiants

Cet article propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport portant sur le déroulement des études médicales et paramédicales, ainsi que sur les conditions d'exercice statutaires et matérielles des étudiants dans un délai de six mois après la promulgation de la loi.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

A. La situation des étudiants en santé : un contexte de réformes successives depuis quelques années

1. Une refonte progressive des études en santé pour mieux accompagner les étudiants vers l'exercice professionnel

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) a rénové l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. D'une part, elle a supprimé le *numerus clausus* dès la rentrée universitaire 2020 ; d'autre part, elle a créé des passerelles pour ouvrir l'accès au premier cycle à partir d'une diversité de parcours de formation (licence « accès santé », parcours d'accès spécifique santé ou formation paramédicale).

Dans la continuité de la loi OTSS, la mise en œuvre progressive de la réforme du deuxième cycle des études de médecine a aussi permis de repenser le *cursus* pédagogique, avec une implication prioritaire des facultés et une attention portée au développement des stages ambulatoires et hors CHU.

Enfin, des travaux relatifs à de nouvelles réformes dans le champ des études de santé sont actuellement en cours : outre la création d'une quatrième année de médecine générale qui entrera en vigueur en novembre 2026, le Gouvernement a annoncé au printemps 2023 une réforme de la formation des infirmiers d'ici à la rentrée 2024.

2. La situation des étudiants récemment revalorisée à l'occasion du Ségur de la santé

La contribution des étudiants au fonctionnement du système de santé, notamment des services hospitaliers, est incontestable. Afin de reconnaître leur engagement, le Ségur de la santé, qui s'est conclu par la signature de trois protocoles d'accord en juillet 2020 avec les représentants des professionnels de santé, a permis d'engager diverses mesures de revalorisation des étudiants en santé.

À ce titre, environ 200 millions d'euros ont abondé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie dès 2021 pour financer une réévaluation de leurs émoluments et de diverses indemnités : revalorisation de 25 % des indemnités de garde des internes, création d'une indemnité forfaitaire d'hébergement pour les externes, harmonisation et revalorisation de 20 % des indemnités de stage des étudiants des formations paramédicales.

Au-delà des enjeux de reconnaissance salariale, la question du respect du temps de travail des étudiants, sensible et étroitement liée à la pénibilité de l'exercice, constitue un point d'attention prioritaire. L'intensité des rythmes de travail lors des études de médecine peut en effet expliquer une certaine désaffection pour ces *cursus*.

B. Une demande de rapport qui témoigne de la reconnaissance de la contribution des étudiants au fonctionnement du système de santé

Le présent article a été créé par l'adoption en séance publique de cinq amendements identiques d'Élie Califer ainsi que de Guillaume Garot et plusieurs de leurs collègues du groupe *Socialistes et apparentés*, de Mathilde Hignet et plusieurs de ses collègues du groupe *LFI (Nupes)*, de Nicolas Sansu et plusieurs de ses collègues de la *Gauche démocrate et républicaine (Nupes)* et de Philippe Vigier et plusieurs de ses collègues du groupe *Démocrate (MoDem et indépendants)*.

Cet article consiste à demander au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi portant sur le déroulement de l'internat et sur le déroulement des études de santé médicales et paramédicales. Le rapport doit formuler des propositions visant à améliorer la situation statutaire, notamment financière et matérielle, de l'ensemble de ces étudiants. Il a également pour objet de réfléchir à une régionalisation des épreuves de l'internat en médecine, dans un souci d'ancrage des étudiants dans les territoires et de diversification des lieux de stage.

Au soutien des amendements ayant conduit à la création de cet article, les députés ont exprimé la nécessité d'une réflexion sur la revalorisation des étudiants, compte tenu de leur engagement dans le fonctionnement du système de santé, et sur l'organisation des *cursus* des études, eu égard aux problématiques d'inégale répartition de l'offre et de déserts médicaux.

II - La position de la commission

La position constante de la commission concernant les diverses demandes de rapport est de les rejeter lorsqu'ils ne sont pas justifiés par une circonstance ou une nécessité particulières. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce.

De plus, la rapporteure souligne que les récentes réformes des études en santé ont souvent été accompagnées de rapports des corps d'inspection. Ces rapports ont régulièrement offert l'occasion d'analyser le déroulé des *cursus* de formation, pour chaque filière considérée, et de porter une attention aux conditions d'exercice statutaires et matérielles des étudiants. Parmi ceux-ci, peuvent être cités le rapport de l'Igas et de l'IGESR sur la qualité de vie des étudiants publié en juillet 2022, celui portant sur l'évolution de la profession et de la formation infirmières publié en octobre 2022, ou encore le rapport communiqué en juin 2023 portant sur la création d'une quatrième année de médecine générale, réalisé par quatre personnalités qualifiées avec un appui de l'Igas¹.

L'approfondissement d'une réflexion sur la régionalisation des épreuves d'accès au troisième cycle ne semble pas être une hypothèse sérieusement envisagée aujourd'hui, ni attendue par les organisations syndicales représentatives des étudiants. La nécessité de diversifier les lieux de stage, qui fait consensus, n'exige d'ailleurs pas une telle régionalisation.

Enfin, le rapport sollicité par le présent article présente un objet excessivement large en ayant l'ambition d'embrasser l'ensemble des formations médicales et paramédicales. La commission a souligné que les questions qu'il se propose d'explorer ne pouvaient être traitées dans un rapport unique.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission a supprimé cet article en adoptant un **amendement COM-78** à l'initiative de sa rapporteure.

La commission a supprimé cet article.

¹ Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, *Pr Ba-Nga Pham, Mathilde Renker, Pr Olivier Saint-Lary, Pr Stéphane Oustric ; rapport remis à Mme Sylvie Retailleau, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et à M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention.*

Article 11 (Supprimé)
Gage financier de la proposition de loi

Cet article gage les conséquences financières sur l'État et les organismes de sécurité sociale de l'adoption de la présente proposition de loi.

La commission a maintenu la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

L'article 11 gage l'incidence de la proposition de loi sur les finances de l'État et des organismes de sécurité sociale.

Le I de l'article 11 gage l'incidence de la proposition de loi sur les **finances de l'État**, par majoration à due concurrence de **l'accise sur les tabacs** prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Le II de l'article 11 gage l'incidence de la proposition de loi sur les **finances des organismes de sécurité sociale**, par majoration à due concurrence de **l'accise sur les tabacs** prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Un amendement gouvernemental tendant à supprimer l'article 11 de la proposition de loi a été adopté en séance publique par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

La commission a maintenu la suppression de cet article.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 18 octobre 2023, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de Mme Corinne Imbert, rapporteure, sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale (n° 747, 2022-2023) visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous examinons maintenant la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La rentrée parlementaire à peine passée, nous devons déjà examiner, ce matin, la première proposition de loi Santé de la session. Parions que bien d'autres suivront. Ce texte est encore une fois d'initiative parlementaire : si le Gouvernement y a largement imprimé sa patte, celui-ci se garde bien depuis plus de quatre ans de déposer un projet de loi structurant en matière de santé. Pas de ligne claire, pas de colonne vertébrale, seulement des initiatives en ordre dispersé, dépourvues d'étude d'impact et, surtout, de cohérence d'ensemble.

Cela m'amène à constater une nouvelle fois avec vous les limites de cette méthode qui donne le sentiment d'une improvisation qui confine au refus d'obstacle. Face aux défis immenses auxquels fait face notre système de santé et qui devraient susciter une véritable refondation, le Gouvernement tente de donner l'impression d'agir par la multiplication de textes. En réalité, je crains qu'il n'ait pas de solutions ou, pire, pas le courage de les assumer.

Cette proposition de loi, issue de la majorité présidentielle de l'Assemblée nationale, a été inscrite par le Gouvernement à l'ordre du jour des travaux du Sénat à trois semaines seulement de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et alors que les négociations conventionnelles doivent bientôt reprendre. L'ancienne présidente Catherine Deroche puis le président Philippe Mouiller avaient à plusieurs reprises indiqué que ce calendrier était déraisonnable. Il n'en a été tenu aucun compte et nous ne pouvons que regretter cette posture gouvernementale.

Selon le Gouvernement, il y a urgence à débattre. Pour autant, ne vous attendez pas à trouver dans ce texte des mesures pressantes et efficaces pour soutenir ou refonder notre système de santé, qui auraient souffert d'une adoption différée de quelques mois. J'en veux pour preuve les mesures censurées du PLFSS de 2023, qui attendent déjà depuis onze mois de trouver un nouveau véhicule. Au contraire, la proposition de loi charrie un amas de mesures de faible portée ou de menus toilettages du code de la santé publique apportés par l'Assemblée nationale, avec des dispositions dont on peine même parfois à percevoir le moindre effet juridique – j'y reviendrai.

Ce constat posé, abordons ce texte qui a pris une couleur très étatique avec pragmatisme et avec la conscience qu'on ne peut rien faire sans les soignants. Je vous propose de ne pas le rejeter d'un bloc, mais d'en améliorer ce qui peut être utile ou, à tout le moins, ne nuit pas, et de procéder à un toilettage que l'Assemblée nationale ne semble plus en capacité d'assurer.

J'en viens donc aux dispositions de ce texte, passé de 11 à 39 articles lors de son examen à l'Assemblée nationale.

S'il est difficile d'entrevoir une trame logique parmi ces mesures pléthoriques, le texte semble pouvoir s'articuler autour de trois thèmes principaux : l'accès aux soins et la coordination des professionnels en ville, les études de santé et les établissements de santé.

Ainsi, 17 articles ont pour ambition d'améliorer l'accès aux soins et la coordination des soins de ville. Cette prétention n'est, bien souvent, pas justifiée tant le dispositif s'apparente à une rustine, voire, parfois, à un trompe-l'œil.

Citons avant tout, au rang des fausses bonnes idées que je vous proposerai de supprimer, l'article 3, qui entend automatiser l'adhésion des professionnels de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Outre que l'on peine à mesurer l'effet concret de telles dispositions – les professionnels conserveraient, bien sûr, le droit de s'opposer à cette adhésion et de se retirer des CPTS comme de toute association –, celles-ci risquent surtout de s'avérer contreproductives, en décourageant les professionnels de s'organiser dans les territoires.

Je vous proposerai également de supprimer l'article 2 *ter*, qui prévoit d'ouvrir à certains cabinets et certaines maisons de santé la mise à disposition de fonctionnaires, conformément à la position du Sénat, qui avait rejeté en mars dernier un dispositif similaire.

Il en va de même pour l'article 2 *quinquies*, qui prévoit de créer un indicateur territorial de l'offre de soins. De nombreuses données statistiques permettent d'ores et déjà de documenter les inégalités d'accès aux soins sans qu'il soit nécessaire de faire peser le poids d'autres travaux sur les agences régionales de santé (ARS).

En outre, je vous proposerai également de supprimer l'article 4 *bis*, qui prétend rétablir l'obligation de participer à la permanence des soins ambulatoires. Celui-ci revient sur des dispositions adoptées il y a quelques mois à l'occasion de l'examen de la proposition de loi de Mme Rist sur l'accès aux soins, et qui n'ont même pas encore produit tous leurs effets !

En revanche, je vous proposerai d'adopter certaines dispositions qui, sans être apparues inopportunes ou inopérantes, portent des mesures de bon sens, même si, je le crains, elles n'auront qu'un effet très limité sur l'accès aux soins.

L'article 1^{er} affiche un objectif ambitieux : consolider la démocratie sanitaire en s'appuyant sur les conseils territoriaux de santé (CTS) pour construire un meilleur accès aux soins. L'organisation de l'offre de soins dans les territoires souffre d'une structuration complexe. La diversité des acteurs et la superposition des périmètres d'action engendrent un défaut de lisibilité et un émiettement des initiatives.

Consciente de ces enjeux, cette proposition de loi aurait pu constituer une opportunité pour libérer les initiatives des acteurs de la santé dans les territoires. L'article 1^{er} ne prévoit pourtant que des apports limités, pour ne pas dire décevants. S'il ouvre la possibilité de redéfinir les limites des territoires de démocratie sanitaire, renommés territoires de santé, il ne nous est proposé pour l'essentiel que de figer dans la loi ce qui figure déjà dans la réglementation. Aucun nouveau moyen d'action n'est confié au CTS. C'est pourquoi je vous proposerai d'adopter plusieurs amendements de simplification afin de supprimer les alinéas qui se bornent à apporter des précisions rédactionnelles ou à rappeler l'existant. Je vous proposerai également de conserver la composition actuelle des CTS, centrée sur les acteurs du soin, en y ajoutant la participation des conseils des ordres professionnels.

De même, la portée de l'article 2 *quater* apparaît limitée. Il rehausse à 75 ans l'âge limite pour les médecins exerçant en cumul emploi-retraite en établissement public de santé ou dans un centre de santé géré par une collectivité territoriale. Cette mesure permettra aux médecins volontaires, et dont la santé le permet, de continuer à s'impliquer au profit des patients.

L'article 2 *octies* prévoit, par ailleurs, de rendre obligatoire l'envoi d'un préavis pour les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes cessant leur activité. Ce dispositif laisse penser à tort que les professionnels ne préparent pas leur départ et n'en avertissent pas leur patientèle. Je vous proposerai de l'adopter, dans un objectif d'équilibre et pour permettre une anticipation des départs, en ramenant toutefois le délai de préavis à trois mois.

L'article 2 *decies* vise à permettre le lancement effectif de l'expérimentation des antennes d'officine, confrontée jusqu'ici à des obstacles juridiques. Je vous proposerai de mieux circonscrire le champ des dérogations prévues.

Les articles 3 *bis* B et 3 *bis* C visent à lever certains freins dans la gestion des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa), qui abritent la plupart des maisons de santé, sujet que la rapporteure générale avait récemment souhaité porter. L'article 3 *bis* C substitue au régime de responsabilité illimitée s'imposant aux associés en Sisa un régime à responsabilité limitée. Je vous proposerai d'adopter cet article modifié d'un amendement visant à garantir un meilleur équilibre entre protection des créanciers et sécurisation des associés.

Sur l'organisation des soins de ville, l'article 3 *bis* D crée la fonction d'infirmier référent, chargé d'une mission de prévention et de suivi. Il s'agit d'une reconnaissance importante du rôle de la profession dans la coordination des soins et le suivi des patients. Je vous proposerai de l'adopter, en limitant toutefois le dispositif aux patients pour lesquels il est le plus utile : ceux qui souffrent d'une affection de longue durée (ALD) nécessitant des soins infirmiers.

L'article 2 *sexies*, quant à lui, modifie des dispositions adoptées il y a moins d'un an pour élargir le champ et la composition des guichets uniques départementaux, désormais chargés d'accompagner les professionnels de santé dans l'ensemble de leurs démarches administratives avec le concours des collectivités et des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Par l'intégration systématique des professionnels de la médecine scolaire dans les CPTS, l'article 3 *bis* contribue modestement à faciliter la coordination des interventions des professionnels de la santé de l'enfant. Toutefois, la diversité des professionnels de la santé scolaire ne se réduit pas au corps médical. C'est pourquoi je vous proposerai d'adopter un amendement tendant à substituer les professionnels de la santé scolaire à ceux de la médecine scolaire.

Pour autant, je retiens dans ce texte quelques évolutions judicieuses au service du système de santé.

Bien que cette pratique soit très minoritaire, l'article 2 *bis* permettra ainsi de lutter contre le « nomadisme des professionnels de santé », en limitant à une fois tous les dix ans l'octroi de certaines aides à l'installation, dont je vous proposerai d'élargir le champ par amendement.

L'article 2 *duodecies*, plutôt bien accueilli par les syndicats de médecins et les représentants des usagers, supprime la majoration de ticket modérateur pour les assurés dont le médecin traitant a déménagé ou pris sa retraite lors des douze derniers mois. Face aux difficultés croissantes que rencontrent nos concitoyens pour retrouver un médecin traitant, je vous proposerai d'adopter cette mesure d'équité, déjà pratiquée sans cadre légal sécurisant par certaines CPAM, sans excessivement remettre en cause le parcours de soins coordonnés.

L'article 3 *bis* A traite de la question de l'accès à des soins médicaux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), en revalorisant le rôle du médecin coordonnateur, explicitement chargé du suivi médical des résidents. Si cette mesure répond à un véritable besoin, celle qui permet de désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant du résident paraît en revanche présenter plus de risques que d'opportunités : outre le désengagement probable des médecins libéraux du suivi des résidents, le médecin coordonnateur doit être mis en capacité d'assurer ses principales missions. C'est pourquoi je vous proposerai des modifications en ce sens.

Les dispositions des sept articles relatifs aux études de santé sont tout aussi inégales.

Présent dès le texte initial, l'article 5 étend le contrat d'engagement de service public aux étudiants de maïeutique et de pharmacie, et permet à tous d'en bénéficier dès la deuxième année du premier cycle. Ces évolutions sont toutes les deux souhaitables pour renforcer un dispositif utile à l'amélioration de l'accès aux soins. Je vous proposerai de les adopter.

L'article 5 *bis* vise à faire des besoins de santé le critère prioritaire dans la fixation des objectifs pluriannuels d'admission. Je vous proposerai de le réécrire afin de prévoir que cela n'est possible que dans la limite des capacités de formation.

La santé des étudiants, dont les études montrent qu'elle se dégrade, doit retenir toute notre attention. À ce titre, l'article 5 *quinquies* vise à responsabiliser l'ensemble des acteurs de la formation des étudiants, y compris les structures d'accueil en stage ambulatoire. Je vous proposerai d'adopter un amendement permettant d'inclure les étudiants du deuxième cycle de médecine.

Enfin, pour contribuer à la lutte contre les déserts médicaux, l'article 5 *sexies* prévoit de mettre en œuvre une expérimentation visant à orienter les lycéens issus de déserts médicaux vers des études en santé. Cette mesure pourrait constituer un levier utile pour agir sur l'installation des praticiens à long terme. C'est pourquoi je vous proposerai d'adopter cet article sans modification.

En revanche, je vous proposerai de supprimer plusieurs dispositions sur les études de santé qui ne m'ont pas paru judicieuses. Ainsi, l'article 5 *ter*, qui vise également à mieux tenir compte des besoins de santé dans la fixation des objectifs pluriannuels de formation, s'avère largement satisfait en droit. De même, les dispositions prévues à l'article 5 *quater* sont inapplicables quant à la répartition des stages en quatrième année de diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, la quatrième année ayant été instituée il y a moins d'un an.

J'en viens aux dispositions relatives aux établissements de santé. Je vous rappelle les vœux du Président de la République et le *big bang* annoncé. Or, le Gouvernement n'a par exemple procédé à aucun ajustement, même à la marge, concernant la médicalisation de la gouvernance, alors qu'Emmanuel Macron affichait sa volonté d'aboutir avant le 1^{er} juin 2023 !

Seul l'article 4 portant sur la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) transcrit quelques annonces présidentielles. C'est d'ailleurs sans doute l'un des articles les plus sensibles de ce texte. Si la rédaction initiale de la proposition de loi apportait une modification symbolique à la portée incertaine, force est de constater que la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale sur l'initiative du rapporteur et du Gouvernement est bien plus ambitieuse sur ses intentions. Traduisant les propositions de

l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), le Gouvernement et notre collègue député entendent procéder à un « rééquilibrage de la permanence des soins ». Entendons-nous : ce rééquilibrage est nécessaire, car la charge des gardes et des astreintes apparaît parfois aujourd'hui comme une raison de la fuite des praticiens de l'hôpital public.

Cependant, prenons garde à ne pas fragiliser une organisation parfois sensible et qui ne pose pas, selon l'Igas, de problème majeur, et veillons à l'acceptabilité de la mesure. Le Gouvernement a manifesté l'intention de demander aux établissements et aux professionnels d'assurer la PDSES, suscitant des inquiétudes chez les médecins libéraux. Entendons-les. Je pense, pour ma part, que cet article est nécessaire : l'Igas, en juillet 2023, comme la Cour des comptes jeudi dernier ont soutenu un meilleur partage des charges entre public et privé. Je souhaite que la rédaction de cet article évolue cependant afin d'insister sur le rôle premier des établissements, mais aussi sur la pertinence et la cohérence de l'organisation de la PDSES, qui doit assurer une offre nécessaire sans gaspillage de ressources médicales. Alors que le Gouvernement a indiqué vouloir modifier cet article, je regrette, à ce stade, qu'il ne nous ait pas répondu.

Le deuxième article notable de ce bloc est sans doute l'article 6, qui porte des évolutions modestes concernant les hôpitaux publics

Il prévoit ainsi d'ouvrir un droit d'option aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) afin de doter ces derniers de la personnalité morale, mais opère également un renforcement du conseil de surveillance, lequel, sans bouleverser les équilibres de la gouvernance, interviendrait davantage sur les orientations financières des établissements. Je vous proposerai de sécuriser ces dispositions.

Toutefois, je note que deux articles reprennent des dispositions que nous avons soutenues dans le cadre du PLFSS de 2023, mais qui, comme nous l'avions alors souligné, constituaient des cavaliers sociaux et, partant, ont été censurés par le Conseil constitutionnel. Nous voici donc contraints d'examiner de nouveau les ajustements techniques à la réforme des autorisations d'activités de soins et d'équipements de matériels lourds ainsi que - un point politiquement plus important - l'interdiction à l'article 7 de l'intérim médical et paramédical en début de carrière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Je vous proposerai de reprendre l'esprit des amendements que nous avons portés l'automne dernier.

Enfin, les articles 8 et 8 *bis* visent à renforcer le contrôle des juridictions financières et des inspections générales sur les cliniques privées et les groupes qui en assurent le contrôle, dont l'un avait également été adopté dans le PLFSS, mais aussi censuré par le Conseil constitutionnel.

Là encore, je vous proposerai de faire œuvre utile et d'ajuster des dispositions que le Sénat avait en partie déjà votées.

Enfin, le texte comprend une réforme substantielle du régime applicable aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue), visant à assouplir les conditions d'autorisation d'exercice et à améliorer l'attractivité de la procédure.

L'article 9 permet la délivrance aux Padhue qui n'ont pas encore réussi les épreuves de vérification de connaissances (EVC), après avis d'une commission, d'une attestation provisoire leur permettant d'exercer pour treize mois maximum, renouvelables une fois.

L'article 10 *bis* réforme la procédure d'autorisation d'exercice pour permettre, notamment, de moduler la durée du parcours de consolidation des compétences (PCC). Considérant qu'elles pourraient contribuer à répondre aux besoins de recrutement des hôpitaux, je vous proposerai d'adopter ces mesures, sous réserve de plusieurs modifications visant à renforcer les garanties prévues.

En revanche, je vous proposerai de supprimer l'article 10, qui porte des dispositions relatives aux conditions de séjour des Padhue initialement incluses dans le projet de loi Immigration déposé par le Gouvernement. Ces dispositions relèvent de la compétence de la commission des lois, qui les a déjà examinées.

Aussi, je vous propose, sans engouement démesuré, d'adopter cette proposition de loi, sous réserve des modifications et des suppressions nécessaires.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Je serai bien plus sévère que la rapporteure à l'égard de cette proposition de loi. Une question préalable aurait même pu être déposée tant ce texte ressemble à une pochette surprise, avec des cadeaux de piètre qualité.

Si je salue le coup de balai que la rapporteure nous propose, je tiens d'abord à souligner que cette proposition de loi survient dans un contexte difficile, celui de la reprise des négociations conventionnelles. Alors que les médecins devraient pouvoir s'y consacrer sereinement, ils travaillent dans un climat détestable : on leur demande à la fois d'assurer plus de consultations, d'être plus proches de leurs patients, d'élargir sans cesse leurs missions et de travailler après l'âge de départ à la retraite.

Nous aurions besoin d'une véritable loi Santé pour atteindre l'objectif d'un meilleur accès aux soins, et non de mesures inefficaces qui, ajoutées les unes aux autres sans étude d'impact, pourraient même constituer un danger.

Certaines dispositions me semblent néanmoins intéressantes, notamment celles portant sur les infirmières référentes et sur les Padhue. Il serait en effet bienvenu de pouvoir utiliser les compétences de ces derniers dès leur arrivée sur le territoire. Il n'en reste pas moins que cette proposition de loi est à la fois malvenue et mal ficelée.

M. Bernard Jomier. – Il s'agit d'un texte bavard : alors que la proposition originelle contenait une dizaine d'articles, l'Assemblée nationale en a ajouté une trentaine, dont la plupart s'inscrivent dans le registre du pur déclaratif et dont certains semblent jouer sur les mots sans revêtir la moindre portée. L'article 6 *ter* me semble être un cavalier, tandis que l'article consacré à l'indicateur territorial de l'offre de soins est une véritable usine à gaz. Je vous rejoins, nettoisons le superflu.

Pour autant, les problématiques de l'accès aux soins et des déserts médicaux demeurent. Le texte prévoit de les aborder par l'engagement territorial des professionnels avec quelques dispositions intéressantes, mais celles-ci ne s'inscrivent malheureusement pas dans une cohérence d'ensemble. La démocratie sanitaire, qui pourrait faciliter cet engagement, est, par exemple, traitée *via* l'augmentation du nombre de membres des CTS, instances non décisionnelles : on voit mal comment cette mesure pourrait inciter les professionnels à s'engager. Il est regrettable d'adopter cette approche bureaucratique alors que les associations d'élus et les organisations professionnelles de soignants portent des propositions.

Pour ce qui concerne la permanence des soins, le rétablissement de l'obligation de soins pour les soignants de ville pourrait être pertinent, mais à certaines conditions, d'âge notamment. Faut-il en attendre un grand bénéfice ? Probablement pas, dans la mesure où une grande partie d'entre eux sont déjà surchargés, mais le principe suit une logique d'équité et nous pourrions donc l'envisager. De la même manière, il est utile de rappeler le principe d'une plus grande participation des établissements de santé privés.

Par ailleurs, l'article 7 consacré à l'intérim est difficilement compréhensible et introduit une confusion entre un mercenaire qui se fait grassement rémunérer et un intérimaire qui a choisi un mode d'exercice différent du contrat à durée indéterminée. Un jeune soignant ou une jeune infirmière qui vient de terminer ses études devrait pouvoir faire de l'intérim et des remplacements. C'est pourquoi je m'oppose à cette mesure qui va dans la mauvaise direction.

S'agissant des Padhue, je tiens à souligner que le système est bloqué en aval de la loi et que ces praticiens vivent un véritable enfer réglementaire : simplifions les règles qui leur sont applicables.

En conclusion, j'estime que le retour à une situation antérieure, bien que souhaité par une population exaspérée, est illusoire. Notre système de santé, jusqu'alors très hiérarchisé, connaît en effet de profondes mutations, comme l'attestent les évolutions considérables du rôle des pharmaciens.

En lieu et place du « grand soir » de la santé, c'est bien plus d'une loi de cohérence dont nous avons besoin, sans la démagogie qui consiste à faire croire que telle ou telle mesure de coercition résoudra le problème.

Mme Céline Brulin. – J'appuie les remarques concernant le fait que le texte vient heurter le PLFSS et les négociations conventionnelles avec les médecins. Je regrette pareillement l'absence d'un texte structurant qui permettrait de répondre à l'une des préoccupations majeures de nos concitoyens à mesure que les déserts médicaux recouvrent la quasi-totalité de la France et que le fonctionnement dégradé du système hospitalier devient la norme, dans un contexte d'effondrement des urgences pédiatriques.

À l'instar d'autres collègues, je déplore le caractère bureaucratique d'un certain nombre de mesures alors que l'un des enjeux consiste à libérer du temps médical pour les professionnels de santé. D'autres dispositions relèvent du pur affichage. Ainsi, si je suis très attachée la démocratie sanitaire, je doute qu'un CTS confronté à une pénurie de professionnels puisse surmonter l'obstacle avec sa seule bonne volonté. D'ailleurs, le titre même du texte fait peser les responsabilités de la situation actuelle sur les professionnels de santé et en exonère la puissance publique.

J'en viens aux problématiques que le texte n'aborde pas, à commencer par la formation. Il est bien sûr exclu de revenir à la situation antérieure, mais la formation d'un nombre plus important de professionnels de santé reste posée après des années durant lesquelles le *numerus clausus* a fait des ravages.

La régulation de l'installation des médecins devra aussi être abordée, alors que toutes les autres professions y sont soumises. Je ne nourris pas d'*a priori* idéologique à l'égard des professions libérales, mais force est de constater que la médecine libérale ne suffit plus à répondre aux besoins de santé de nos concitoyens.

Enfin, je vous rejoins, madame la rapporteure, je partage votre volonté de supprimer la majoration d'un ticket modérateur pour les patients dont le médecin traitant a récemment déménagé ou pris sa retraite, qui équivaldrait à une double peine.

Nous ne voterons pas cette proposition de loi, mais il est encore trop tôt pour dire si nous nous abstiendrons ou si nous voterons contre.

M. Daniel Chasseing. – La proposition de loi, certes de portée limitée, comporte néanmoins quelques avancées, à commencer par l'évolution du rôle du pharmacien vers le soin. En revanche, la notion d'infirmier référent me paraît introduire une confusion avec le médecin référent, ancienne appellation du médecin traitant, seul professionnel apte à orienter le patient dans le système de soins.

Au sujet des CPTS, il me semblerait normal que les médecins s'inscrivent à tour de rôle afin d'assurer la prise en charge des soins non programmés de jour. Je suis favorable à la suppression de la majoration de ticket modérateur dans les conditions indiquées.

Concernant l'âge de départ à la retraite des médecins, je tiens à rappeler que des services hospitaliers auraient fermé cet été si nous n'avions pas mobilisé des praticiens âgés. Je suis d'accord pour limiter à une fois tous les dix ans l'octroi de certaines aides à l'installation, pour éviter le « nomadisme ». Je suis également d'accord pour que le médecin coordonnateur soit médecin traitant, mais uniquement si l'assuré n'a pas de médecin traitant. Les Padhue peuvent en effet intervenir dans le médico-social, mais à condition que le médecin traitant ou coordonnateur ait donné son aval.

En ce qui concerne l'intérim, les factures sont plus élevées que par le passé.

J'en termine avec un aspect absent du texte, celui de la pédopsychiatrie : les centres départementaux de l'enfance sont parfois saccagés à cause de troubles du comportement de certains enfants.

Mme Véronique Guillotin. – Ce texte arrive au mauvais moment et s'avère même contre-productif dans un contexte de reprise des négociations conventionnelles et sans que le PLFSS ait été examiné. De surcroît, les mesures présentées apportent des complexifications inutiles avec une batterie d'indicateurs superflus, alors que nous plaidons pour un choc de simplification.

Concernant les CPTS, j'estime que l'intégration d'un organisme doit être uniquement volontaire.

Globalement, je pense que nous aurions plutôt besoin d'un texte créant un choc d'attractivité pour les métiers du soin, alors que les filières de médecine générale peinent à attirer suffisamment d'étudiants.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je rejoins la rapporteure générale pour critiquer la complexité de ce texte alors qu'il faudrait simplifier le système de santé, qui se trouve dans une impasse.

L'objectif initial poursuivi au travers de ce texte était de faciliter l'accès aux soins, mais cet objectif a été perdu de vue alors qu'il faudrait d'abord s'atteler à la formation des médecins. Je crains à cet égard que le *numerus clausus*, même débloqué, ne se révèle insuffisant compte tenu des mutations profondes du système. Peut-être faudrait-il aller vers davantage de territorialisation pour les deux premières années, afin de susciter l'envie de s'installer dans les territoires chez les médecins généralistes.

Par ailleurs, de nombreux blocages administratifs existent pour les médecins retraités. Il existe pourtant de bonnes pratiques dans ce domaine, qu'il serait utile de disséminer.

Enfin, les CPTS ne sont sans doute pas la panacée, mais je ne vois guère d'autre lieu pour assurer la permanence des soins. En fonction du taux d'occupation des médecins libéraux, l'exigence de leur participation à cette permanence pourrait être posée.

M. Alain Milon. – Le texte s'apparente à un saupoudrage, peu à même de résoudre les problèmes de l'accès aux soins. Je ne partage d'ailleurs pas le diagnostic général : il existe, selon moi, un problème d'accès aux professionnels de santé, puis un problème d'accès au diagnostic et enfin un problème d'accès aux soins. L'accès à un médecin généraliste ne suffit ainsi pas, il faut ensuite pouvoir accéder aux spécialistes pour établir un diagnostic.

J'estime que ce texte ajoute de l'administration à l'administration, tant pour le secteur public que pour la médecine de ville. Il n'est pas acceptable en l'état, malgré les efforts de la rapporteure. Aussi, je m'abstiendrai.

M. Khalifé Khalifé. – Avec cette proposition de loi, on peut dire que la montagne accouche d'une souris, puisque les sujets d'attractivité et de formation des médecins n'y sont pas suffisamment traités. Siégeant dans les conseils d'administration de deux centres hospitaliers régionaux, je regrette que le rôle des collectivités territoriales ne soit pas davantage abordé.

À propos du *numerus clausus*, j'ai moi-même pu constater les dégâts de la réforme de l'internat au sein de la commission régionale de pneumologie de Lorraine : seuls 20 % des internes formés sont restés dans la région.

Ce texte n'est non seulement pas à la hauteur, mais il intervient surtout dans un contexte de malaise des hospitaliers et des libéraux et ne résout aucun des problèmes posés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je tiens à apporter plusieurs précisions, à commencer par l'article 7 évoqué par M. Jomier. Il s'agit d'interdire l'intérim *via* les agences de travail temporaire, non pas d'interdire les contrats courts ou de remplacement qui peuvent être choisis par des jeunes.

Concernant le nombre de places, il faudrait bien sûr, dans l'idéal, partir des besoins et former des milliers d'étudiants, mais cet objectif se heurte à des difficultés concrètes de leur accueil dans de bonnes conditions sur le terrain.

Je pense que nous partageons la même analyse de ce texte, qui veut faire croire à un miracle dans son titre, mais qui ne porte guère de mesures concrètes.

Il me revient aussi, en tant que rapporteure, de vous proposer un périmètre au titre de l'article 45 de la Constitution.

Je vous propose de considérer que ce périmètre inclut des dispositions relatives à l'organisation des soins de ville et les structures d'exercice coordonné ; la permanence des soins ; le statut des établissements publics de santé, de leurs groupements et de leurs instances de gouvernance ; les conditions d'exercice des professionnels de santé ; les études de santé ; les instances territoriales de démocratie sanitaire.

En revanche, ne présenteraient, selon moi, pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs aux produits de santé ; aux missions et au statut des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; aux compétences des agences et opérateurs sanitaires.

Il en est ainsi décidé.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-37** vise à introduire les représentants des conseils départementaux des ordres territorialement compétents parmi les membres du conseil territorial de santé (CTS). Par ailleurs, plusieurs alinéas sont supprimés, notamment les alinéas 10 à 25, qui détaillent la composition du CTS pour préserver la rédaction actuelle de cet article, centrée sur les acteurs de l'offre de soins.

L'amendement COM-37 est adopté. En conséquence, les amendements COM-35, COM-6 rectifié et COM-7 rectifié deviennent sans objet.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – La notion de responsabilité collective est un irritant pour les professionnels de santé. J'observe avec satisfaction que la rapporteure a eu plus d'audace que moi en proposant la suppression des alinéas 8 et 9 notamment, alors que je me contentais de modifier, par mon amendement COM-35, la rédaction des alinéas 7 à 9.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-38** vise à supprimer les alinéas 27 et 28 relatifs à l'élaboration du projet territorial de santé par le CTS.

L'amendement COM-38 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-8 rectifié bis devient sans objet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-39** vise à ajouter la permanence des soins aux sujets faisant l'objet d'observations du directeur de l'ARS au sein du CTS.

L'amendement COM-39 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-9** rectifié vise à caractériser les zones sous-denses, tandis que l'amendement **COM-24** tend à préciser les conditions d'appréciation de l'insuffisance de l'offre de soins sur un territoire. Avis défavorable.

Les amendements COM-9 rectifié et COM-24 ne sont pas adoptés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-40** a pour objet de supprimer les alinéas 35 à 41 relatifs au cadre d'action du directeur de l'ARS.

L'amendement COM-40 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-26 devient sans objet.

L'article 1^{er} est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 1^{er}

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-11** rectifié prévoit la création d'un projet métropolitain de santé. Avis défavorable, car l'enjeu est de simplifier l'organisation afin de favoriser la lisibilité et l'efficacité de l'action en santé à l'échelle locale. Par ailleurs, les collectivités sont déjà membres des conseils territoriaux de santé.

L'amendement COM 11 rectifié n'est pas adopté.

Article 2 (supprimé)

L'article 2 demeure supprimé.

Après l'article 2 (supprimé)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-19** prévoit de subordonner l'installation d'un médecin libéral en zone sous-dense au départ concomitant d'un autre médecin. Avis défavorable. Cette mesure de coercition serait contre-productive en ce qu'elle risquerait d'entraîner le déconventionnement d'un grand nombre de médecins généralistes.

L'amendement COM-19 n'est pas adopté.

Article 2 bis (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-41** inclut dans le champ de l'article les exonérations d'impôt sur le revenu et sur les sociétés applicables aux professionnels de santé dans l'ensemble des zones à régime fiscal dérogatoire pour ces impôts.

L'amendement COM-41 est adopté.

L'article 2 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 ter (nouveau)

L'amendement de suppression COM-42 est adopté.

L'article 2 ter est supprimé.

Article 2 quater (nouveau)

L'amendement de précision rédactionnelle COM-43 est adopté.

L'article 2 quater est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 quinquies (nouveau)

L'amendement de suppression COM-44 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-23 devient sans objet.

L'article 2 quinquies est supprimé.

Article 2 sexies

L'amendement rédactionnel COM-45 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements COM-31 rectifié et COM-36 visent à faire obligation aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) de s'associer au guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé. Or celles-ci peuvent déjà participer aux guichets uniques d'accompagnement à l'installation des professionnels, certaines d'entre elles ayant même mis en place de telles structures. Les y contraindre ne semble pas opportun et ne répond pas à une demande forte de leur part. Avis défavorable.

Les amendements COM-31 rectifié et COM-36 ne sont pas adoptés.

L'article 2 sexies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 2 sexies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-20 prévoit l'actualisation annuelle des zonages élaborés par les ARS. Même si je comprends l'intention de l'auteur de cet amendement et si j'adhère à la nécessité d'actualiser plus régulièrement ces zonages – les ARS ont tendance à les réactualiser au bout de quatre ans –, une actualisation annuelle est cependant trop lourde. Je propose que la rédaction de cet amendement soit retravaillée d'ici à la séance publique.

L'amendement COM-20 n'est pas adopté.

Article 2 octies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-27** vise à supprimer cet article, qui introduit un préavis obligatoire de six mois avant cessation définitive d'activité pour les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes exerçant en libéral. Avis défavorable. Recherchons une solution d'équilibre au travers de mon amendement **COM-46**.

L'amendement COM-27 n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-32** rectifié prévoit de réduire le délai de préavis de six mois à deux mois, tandis que mon amendement **COM-46** abaisse le délai à trois mois.

L'amendement COM-32 rectifié n'est pas adopté. L'amendement COM-46 est adopté.

L'article 2 octies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 nonies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-47** a pour objet de supprimer cet article, qui vise à demander au Gouvernement un rapport sur les conséquences de la concentration du réseau officinal.

*L'amendement COM-47 est adopté. En conséquence, les amendements **COM-17** et **COM-34** rectifié deviennent sans objet.*

L'article 2 nonies est supprimé.

Article 2 decies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-48** vise à restreindre le champ des dérogations permises par l'expérimentation des antennes d'officine à celles qui sont indispensables à la conduite de l'expérimentation.

L'amendement COM-48 est adopté.

L'article 2 decies est ainsi rédigé.

Article 2 undecies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-79** apporte une clarification rédactionnelle et procède à des coordinations rendues nécessaires par les délais d'examen de cette proposition de loi.

L'amendement COM-79 est adopté.

L'article 2 undecies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 duodecies (nouveau)

L'article 2 duodecies est adopté sans modification.

Article 3

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques **COM-49** et **COM-28** visent à supprimer cet article, qui prévoit l'automatisme de l'adhésion des professionnels de santé aux CPTS. Celles-ci fonctionnent bien lorsque l'adhésion est volontaire, une telle contrainte pourrait s'avérer contre-productive.

*Les amendements identiques COM-49 et COM-28 sont adoptés. En conséquence, les amendements **COM-12** rectifié, **COM-13** rectifié, **COM-14** rectifié et **COM-21** deviennent sans objet.*

L'article 3 est supprimé.

Après l'article 3

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-2** rectifié *bis* prévoit l'ouverture de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes membres d'une CPTS. Avis défavorable, car la commission s'y était opposée dans le cadre de la loi Rist.

L'amendement COM-2 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-3** rectifié *bis* vise à permettre aux kinésithérapeutes de prescrire de l'activité physique adaptée. Avis défavorable pour la même raison.

L'amendement COM-3 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-4** rectifié vise à demander au Gouvernement un rapport sur l'opportunité de fusionner deux documents conventionnels, l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) et les accords conventionnels interprofessionnels (ACI). Avis défavorable, même si cette fusion est bien un sujet de réflexion.

L'amendement COM-4 rectifié n'est pas adopté.

*L'amendement **COM-22** est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.*

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-25** vise à rendre les maires et les présidents d'établissement public de coopération intercommunale signataires des conventions conclues entre les CPTS, l'ARS et la CPAM confiant à la CPTS des missions de service public. Avis défavorable, car il semble plus opportun de conserver une logique ascendante que descendante.

L'amendement COM-25 n'est pas adopté.

Article 3 bis A (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-50** vise à supprimer les alinéas 3 et 4 de cet article relatifs à la possibilité de désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant. Il s'agit d'éviter que la mesure ne devienne contre-productive, car elle pourrait inciter les médecins libéraux suivant des résidents en Ehpad à se désengager, et conduire à perdre des médecins traitants du secteur libéral.

L'amendement COM-50 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-5** rectifié vise à demander au Gouvernement un rapport sur l'opportunité de structurer et de déployer le métier de kinésithérapeute coordonnateur en Ehpad. Avis défavorable.

L'amendement COM-5 rectifié n'est pas adopté.

L'article 3 bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 3 bis B (nouveau)

L'article 3 bis B est adopté sans modification.

Article 3 bis C (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-51** vise à limiter la responsabilité des professionnels de santé associés en Sisa à deux fois le montant de leurs apports, ce qui semble être un point d'équilibre préservant tant les associés que les créanciers.

M. Alain Milon. – Je tiens à rappeler que la Sisa a été créée par l'ancien président de notre commission Jean-Pierre Fourcade.

L'amendement COM-51 est adopté.

L'article 3 bis C est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 3 bis D (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-52** vise à préciser que la désignation d'un infirmier référent par l'assuré demeure en toutes circonstances une faculté. Il réserve, de plus, cette faculté aux patients en ALD nécessitant des soins infirmiers. Il apparaît préférable de recentrer la mesure sur les patients ayant un besoin récurrent et durable de soins infirmiers.

Pour répondre à M. Chasseing, ce n'est pas cet infirmier référent qui orientera directement le patient vers le praticien spécialiste.

M. Bernard Jomier. – Cet article était totalement inapplicable, mais, pour autant, le recentrage opéré me paraît excessif.

L'amendement COM-52 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-30 rectifié devient sans objet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-53 vise à permettre aux assurés de désigner conjointement plusieurs infirmiers référents lorsque ceux-ci exercent au sein d'une même structure.

L'amendement COM-53 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel COM-54.

L'article 3 bis D est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 3 bis (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-55 vise à rendre la rédaction plus inclusive en remplaçant les professionnels de la médecine scolaire par ceux de la santé scolaire.

L'amendement COM-55 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-15 rectifié vise, à l'instar d'un amendement précédent, à rendre les élus locaux signataires des conventions conclues entre les CPTS, l'ARS et la CPAM. Avis défavorable pour les mêmes raisons.

L'amendement COM-15 rectifié n'est pas adopté.

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

Article 4

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-56 vise à reformuler cet article consacré à la permanence des soins en établissements de santé. Il s'agit ainsi d'organiser une gradation du processus, en posant le principe d'une responsabilité des établissements eux-mêmes avant l'appel du directeur de l'ARS à une participation à la PDSES, adressée tant aux établissements qu'aux professionnels qui y exercent. Il s'agit aussi de prévoir que l'organisation de la PDSES s'effectue de manière strictement proportionnée aux besoins de santé du territoire, en appelant le directeur général de l'ARS à veiller à ce que l'organisation des établissements et la répartition des lignes de gardes et astreintes ne soient pas de nature à générer des lignes en surnombre en vue de préserver ainsi du temps médical.

L'amendement COM-56 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-57** supprime la mission nouvelle d'organisation et de mise en œuvre de la permanence des soins confiée aux groupements hospitaliers de territoire (GHT).

L'amendement COM-57 est adopté.

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

Article 4 bis (nouveau)

*L'amendement de suppression **COM-58** est adopté. En conséquence, l'amendement **COM-18** devient sans objet.*

L'article 4 bis est supprimé.

Article 5

*L'amendement de précision rédactionnelle **COM-59** est adopté.*

L'article 5 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5 bis (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-60** vise à préciser que les objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique sont fixés en tenant compte des besoins de santé du territoire, dans la seule limite des capacités de formation.

L'amendement COM-60 est adopté.

L'article 5 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5 ter (nouveau)

*L'amendement de suppression **COM-61** est adopté.*

L'article 5 ter est supprimé.

Article 5 quater (nouveau)

*L'amendement de suppression **COM-62** est adopté.*

L'article 5 quater est supprimé.

Article 5 quinquies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-63** vise à intégrer les étudiants de deuxième cycle à cet article consacré à la santé physique et mentale des étudiants.

L'amendement COM-63 est adopté.

L'article 5 quinquies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5 sexies (nouveau)

L'article 5 sexies est adopté sans modification.

Article 6

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-64** ouvre un droit d'option aux groupements hospitaliers de territoire, en vue de leur permettre de se voir dotés de la personnalité morale.

Cependant, les modalités doivent être précisées par décret en Conseil d'État afin d'assurer la bonne mise en œuvre de cette faculté et le respect des prérogatives des établissements parties, pour éviter que différentes personnalités morales soient en concurrence sur des compétences partagées.

L'amendement COM-64 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-65** apporte plusieurs clarifications rédactionnelles et assure la cohérence des sujets qui doivent effectivement être soumis à l'approbation, à l'avis et à la seule information du conseil de surveillance des établissements publics de santé.

L'amendement COM-65 est adopté.

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

Article 6 bis A (nouveau)

L'amendement de suppression COM-66 est adopté.

L'article 6 bis A est supprimé.

Article 6 bis B (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement **COM-67** vise à clarifier et à simplifier la participation des parlementaires aux conseils de surveillance des établissements de santé, en levant les difficultés liées au mode de désignation des sénateurs.

L'amendement COM-67 est adopté.

L'article 6 bis B est ainsi rédigé.

Article 6 ter (nouveau)

L'amendement rédactionnel COM-68 est adopté.

L'article 6 ter est ainsi rédigé.

Article 7

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-69 vise à plafonner l'intérim en début de carrière.

L'amendement COM-69 est adopté.

L'amendement rédactionnel COM-70 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-71 prévoit la transmission de données régulières aux ARS de la part des établissements en situation de tension en raison d'un manque de personnel.

L'amendement COM-71 est adopté.

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

Article 8

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-72 vise à supprimer la mention des juridictions financières aux alinéas 4 et 5. Il s'agit de préserver le droit existant pour ces juridictions qui contrôlent les établissements privés.

L'amendement COM-72 est adopté.

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

Article 8 bis (nouveau)

L'article 8 bis est adopté sans modification.

Article 9

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-73 vise à préciser que, pour les professions de chirurgien-dentiste et de sage-femme, la commission chargée d'émettre un avis sur les demandes d'attestation provisoire d'exercice est nationale.

Pour ces deux professions, le nombre de candidats susceptibles de bénéficier de ces dispositions ne justifie pas la création de commissions régionales. Par ailleurs, une commission nationale apporte de meilleures garanties dans l'égalité de traitement des candidats.

L'amendement COM-73 est adopté.

L'article 9 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 10

L'amendement de suppression COM-74 est adopté.

L'article 10 est supprimé.

Article 10 bis (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-75 vise à préciser que les commissions nationales d'autorisation d'exercice doivent être majoritairement composées de professionnels de santé.

L'amendement COM-75 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement COM-76 vise à confier entièrement la compétence de modulation du parcours de consolidation des compétences des Padhue en médecine à la commission nationale d'autorisation d'exercice, en supprimant les commissions régionales.

L'amendement COM-76 est adopté.

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

Après l'article 10 bis (nouveau)

Les amendements COM-29 et COM-33 rectifié sont déclarés irrecevables en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 10 ter (nouveau)

L'amendement de suppression COM-77 est adopté.

L'article 10 ter est supprimé.

Article 10 quater (nouveau)

L'amendement de suppression COM-78 est adopté.

L'article 10 quater est supprimé.

Après l'article 10 quater (nouveau)

L'amendement COM-1 rectifié est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 11 (supprimé)

L'article 11 demeure supprimé.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

TABLEAU DES SORTS

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|-----------------------|--|------------------------------------|
| Article 1^{er} | | | |
| Renforcer les conseils territoriaux de santé pour dynamiser la démocratie sanitaire | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 37 | Modification de la composition du conseil territorial de santé | Adopté |
| Mme AESCHLIMANN | 35 | Substitution de la notion de contribution à celle de responsabilité collective des acteurs du système de santé | Satisfait ou sans objet |
| Mme MICOULEAU | 6 rect. | Ajout des groupements de collectivités territoriales parmi les membres du conseil territorial de santé | Satisfait ou sans objet |
| Mme MICOULEAU | 7 rect. | Ajout des groupements de collectivités territoriales parmi les membres du conseil territorial de santé. | Satisfait ou sans objet |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 38 | Suppression de deux alinéas relatifs à l'élaboration du projet territorial de santé par le CTS. | Adopté |
| Mme MICOULEAU | 8 rect. <i>bis</i> | Ajout de la santé de l'enfant, des jeunes et de la santé environnementale parmi les objectifs du CTS | Satisfait ou sans objet |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 39 | Ajout de la permanence des soins parmi les sujets faisant l'objet d'observations du directeur de l'ARS au CTS | Adopté |
| Mme MICOULEAU | 9 rect. | Amendement rédactionnel qui vise à caractériser les zones sous-denses | Rejeté |
| Mme LERMYTTE | 24 rect. | Ajout d'une précision relative aux conditions d'appréciation de l'accès aux soins | Rejeté |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 40 | Suppression des alinéas 35 à 41 relatifs au cadre d'action du directeur de l'ARS | Adopté |
| Mme BONFANTI- DOSSAT | 26 | Suppression d'une phrase engageant les professionnels de santé à veiller à la réduction des inégalités démographiques des professions de santé | Satisfait ou sans objet |
| Article additionnel après l'article 1^{er} | | | |
| Mme MICOULEAU | 11 rect. | Création d'un projet métropolitain de santé | Rejeté |

| Article additionnel après l'article 2 (Supprimé) | | | |
|--|----------|---|--------------------------------|
| Mme LERMYTTE | 19 rect. | Subordination de l'installation d'un médecin libéral en zone sous-dense au départ concomitant d'un autre médecin | Rejeté |
| Article 2 bis (nouveau) Instaurer un délai minimal de dix ans pour qu'un professionnel de santé puisse bénéficier à nouveau d'aides à l'installation ou d'exonérations fiscales | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 41 | Inclusion dans le champ de l'article de l'ensemble des exonérations d'impôt sur le revenu et sur les sociétés applicables aux professionnels de santé | Adopté |
| Article 2 ter (nouveau) Ouvrir aux maisons de santé et cabinets libéraux en zones sous-denses le bénéfice de la mise à disposition des fonctionnaires | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 42 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article 2 quater (nouveau) Reculer la limite de l'âge du cumul emploi-retraite pour certains professionnels de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 43 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 2 quinquies (nouveau) Créer un indicateur territorial de l'offre de soins | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 44 | Suppression de l'article | Adopté |
| Mme LERMYTTE | 23 rect. | Ajout d'un critère pour le calcul de l'indicateur territorial de l'offre de soins | Satisfait ou sans objet |
| Article 2 sexies (nouveau) Élargissement des missions et de la composition des guichets uniques départementaux d'accompagnement des professionnels de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 45 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| M. CHASSEING | 31 rect. | Inclusion des unions régionales des professionnels de santé dans les guichets uniques départementaux | Rejeté |
| Mme AESCHLIMANN | 36 | Inclusion des unions régionales des professionnels de santé dans les guichets uniques départementaux | Rejeté |
| Article additionnel après l'article 2 sexies | | | |
| Mme LERMYTTE | 20 rect. | Actualisation annuelle des zonages de sous-densité médicale et de sur densité médicale | Rejeté |

| Article 2 octies (nouveau) Rendre obligatoire l'envoi d'un préavis pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes cessant leur activité | | | |
|---|----------|--|--------------------------------|
| Mme BONFANTI-DOSSAT | 27 | Suppression de l'article | Rejeté |
| Mme IMBERT, rapporteure | 46 | Diminution du délai de préavis à trois mois | Adopté |
| M. CHASSEING | 32 rect. | Diminution du délai de préavis de six à deux mois | Rejeté |
| Article 2 nonies (nouveau) Demande de rapport sur les conséquences de la concentration du réseau officinal et des opérations de restructuration | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 47 | Suppression de l'article | Adopté |
| Mme LERMYTTE | 17 rect. | Subordination des opérations de restructuration en zone sous-dense conduisant à la fermeture d'une officine à un avis préalable de l'ARS | Satisfait ou sans objet |
| M. CHASSEING | 34 rect. | Précision de la demande de rapport | Satisfait ou sans objet |
| Article 2 decies (nouveau) Faciliter la facturation de médicaments par les antennes d'officine | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 48 | Limitation des dérogations prévues dans le cadre de l'expérimentation | Adopté |
| Article 2 undecies (nouveau) Simplifier les procédures d'autorisation par les agences régionales de santé dans le contexte de la réforme des autorisations pour garantir l'accès aux soins | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 79 | Coordination rédactionnelle | Adopté |
| Article 3 Rendre automatique l'adhésion aux communautés professionnelles territoriales de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 49 | Suppression de l'article | Adopté |
| Mme BONFANTI-DOSSAT | 28 | Suppression de l'article | Adopté |
| Mme MICOULEAU | 12 rect. | Association des collectivités aux CPTS | Satisfait ou sans objet |
| Mme MICOULEAU | 13 rect. | Subordination du projet de santé des CPTS à un avis préalable des collectivités | Satisfait ou sans objet |
| Mme MICOULEAU | 14 rect. | Subordination du projet de santé des CPTS à un avis préalable des collectivités | Satisfait ou sans objet |
| Mme LERMYTTE | 21 rect. | Suppression du droit d'opposition des professionnels à l'adhésion automatique | Satisfait ou sans objet |

| Articles additionnels après l'article 3 | | | |
|---|-----------------------|--|--|
| Mme MICOULEAU | 2 rect. <i>bis</i> | Ouverture de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes membres d'une CPTS | Rejeté |
| Mme MICOULEAU | 3 rect. <i>bis</i> | Autorisation de la prescription de l'APA par les masseurs-kinésithérapeutes | Rejeté |
| Mme MICOULEAU | 4 rect. | Demande de rapport sur la fusion de l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP) et des accords conventionnels interprofessionnels (ACI) | Rejeté |
| Mme LERMYTTE | 22 rect. | Expérimentation de l'accueil des personnes non-résidentes dans les pôles d'activités et de soins adaptés | Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution |
| Mme LERMYTTE | 25 rect. | Signature par le maire de la convention conclue entre la CPTS, l'ARS et la CPAM | Rejeté |
| Article 3 bis A (nouveau) Revaloriser le rôle du médecin coordonnateur en Ehpad et USLD | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 50 | Suppression des alinéas 3 et 4 | Adopté |
| Mme MICOULEAU | 5 rect. | Remise d'un rapport au Parlement sur le déploiement de kinésithérapeutes coordonnateurs en Ehpad | Rejeté |
| Article 3 bis C (nouveau) Mesures visant à lever certains freins dans le fonctionnement des Sisa | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 51 | Limitation de la responsabilité des professionnels de santé associés en Sisa à deux fois le montant de leurs apports | Adopté |
| Article 3 bis D (nouveau) Création de la fonction d'infirmier référent | | | |
| Mme IMBERT, rapporteure | 52 | Limitation de la désignation de l'infirmier référent aux assurés en ALD nécessitant des soins infirmiers | Adopté |
| M. CHASSEING | 30 rect. | Subordination de la désignation d'un infirmier référent à une décision du médecin traitant | Satisfait ou sans objet |
| Mme IMBERT, rapporteure | 53 | Possibilité de désigner plusieurs infirmiers référents exerçant au sein d'une même structure | Adopté |
| Mme IMBERT, rapporteure | 54 | Amendement rédactionnel | Adopté |

| | | | |
|---|----------|---|------------------------------------|
| Article 3 bis (nouveau) Intégrer les professionnels de la médecine scolaire dans les communautés professionnelles territoriales de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 55 | Intégration des professionnels de la santé scolaire aux CPTS | Adopté |
| Mme MICOULEAU | 15 rect. | Signature par les élus locaux de la convention entre la CPTS, l'ARS et la CPAM pour organiser l'accès aux soins sur le territoire | Rejeté |
| Article 4 Accroître la participation des établissements de santé à la permanence des soins | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 56 | Gradation de la participation à la permanence des soins en établissements | Adopté |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 57 | Suppression de la mission donnée aux GHT d'organisation et de mise en œuvre de la permanence des soins en établissements | Adopté |
| Article 4 bis (nouveau) Renforcer la permanence des soins ambulatoires | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 58 | Suppression de l'article | Adopté |
| Mme LERMYTTE | 18 rect. | Remplacement du mot « participent » par le mot « assurent » | Satisfait ou sans objet |
| Article 5 Extension du contrat d'engagement de service public | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 59 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 5 bis (nouveau) Renforcer la prise en compte des besoins de santé du territoire dans la détermination du nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 60 | Fixation des objectifs pluriannuels d'admission dans la limite des capacités de formation | Adopté |
| Article 5 ter (nouveau) Renforcer la prise en compte des besoins de santé du territoire dans la détermination du nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 61 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article 5 quater (nouveau) Précision des modalités d'affectation des stages de quatrième année de diplôme d'études spécialisées de médecine générale | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 62 | Suppression de l'article | Adopté |

| | | | |
|---|----|--|---------------|
| Article 5 quinquies (nouveau) | | | |
| Protéger la sécurité et la santé des étudiants du troisième cycle des études médicales en stage | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 63 | Ajout des étudiants du deuxième cycle de médecine dans le dispositif de l'article. | Adopté |
| Article 6 | | | |
| Diverses mesures portant sur la gouvernance et l'organisation territoriale de l'hôpital public | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 64 | Renvoi à un décret en Conseil d'État des modalités opérationnelles et conséquences juridiques de l'octroi de la personnalité morale à un GHT | Adopté |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 65 | Mise en cohérence et clarification des missions nouvelles données au conseil de surveillance | Adopté |
| Article 6 bis A (nouveau) | | | |
| Procédure simplifiée de constitution d'un nouveau GHT par des établissements | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 66 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article 6 bis B (nouveau) | | | |
| Participation des parlementaires aux conseils de surveillance d'établissements de santé nationaux | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 67 | Clarification de la participation des parlementaires au conseil de surveillance des établissements publics de santé | Adopté |
| Article 6 ter (nouveau) | | | |
| Validation des nominations des candidats au concours externe organisé pour le recrutement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au titre de 2019 | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 68 | Sécurisation de la mesure de validation au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel | Adopté |
| Article 7 | | | |
| Interdiction d'exercer en intérim en début de carrière dans les établissements de santé et médico-sociaux et dans les laboratoires de biologie médicale | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 69 | Plafonnement de l'exercice en intérim au cours de la carrière | Adopté |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 70 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 71 | Information des agences régionales de santé sur les difficultés des établissements de santé à assurer leur activité en raison de manques de personnels | Adopté |
| Article 8 | | | |
| Renforcer le contrôle financier sur les cliniques privées, leurs satellites et les sociétés qui les contrôlent | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 72 | Préservation du droit existant pour les juridictions financières | Adopté |

| | | | |
|---|----------|---|--|
| Article 9 | | | |
| Mieux intégrer les praticiens diplômés hors Union européenne dans notre système de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 73 | Caractère national de la commission émettant un avis sur les demandes d'attestation provisoire pour les pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes | Adopté |
| Article 10 | | | |
| Mieux intégrer les praticiens diplômés hors Union européenne dans notre système de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 74 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article 10 bis (nouveau) | | | |
| Rénover le dispositif de droit commun de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 75 | Présence majoritaire de professionnels de santé au sein de la commission nationale d'autorisation d'exercice | Adopté |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 76 | Suppression de la commission régionale décidant de la modulation du parcours de consolidation des compétences pour les médecins | Adopté |
| Articles additionnels après l'article 10 bis (nouveau) | | | |
| Mme BONFANTI-DOSSAT | 29 | Ajout des professionnels de santé parmi les cibles des outrages, menaces, violences ou actes d'intimidation à l'encontre d'une personne chargée d'une mission de service public punis par le code pénal | Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution |
| M. CHASSEING | 33 rect. | Ajout des professionnels de santé parmi les cibles des outrages, menaces, violences ou actes d'intimidation à l'encontre d'une personne chargée d'une mission de service public punis par le code pénal | Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution |
| Article 10 ter (nouveau) | | | |
| Demande de rapport sur le recrutement des professionnels en établissements de santé | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 77 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article 10 quater (nouveau) | | | |
| Demande de rapport sur le déroulement des études médicales et paramédicales et la situation statutaire des étudiants | | | |
| Mme IMBERT, rapporteuse | 78 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article(s) additionnel(s) après l'article 10 quater (nouveau) | | | |
| Mme MICOULEAU | 1 rect. | Création d'un titre relatif à la profession de biologiste médical | Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution |

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « *transmis* » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie².

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

² Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

³ Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales **a arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 18 octobre 2023, **le périmètre indicatif du projet de loi n° 747 (2022-2023) visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- l'organisation des soins de ville et les structures d'exercice coordonné ;
- la permanence des soins ;
- le statut des établissements publics de santé, de leurs groupements et de leurs instances de gouvernance ;
- les conditions d'exercice des professionnels de santé ;
- les études de santé ;
- les instances territoriales de démocratie sanitaire.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- aux produits de santé ;
- aux missions et au statut des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- aux compétences des agences et opérateurs sanitaires.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Fédération nationale des infirmiers (FNI)**
Daniel Guillerm, président
- **Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (Sniil)**
John Pinte, président
Maryse Alcindor, vice-présidente
- **Convergence infirmière**
Judicaël Feigueux, vice-président
Alain Rochois, secrétaire général adjoint
- **Infin'idels Syndicat des infirmiers libéraux**
Michelle Drouin, présidente
Xavier Vin, membre du conseil d'administration
- **InterSyndicale nationale des internes (Isni)**
Guillaume Bailly, président
Xavier Balmelle, secrétaire général
Victor Serre, conseiller stratégique
- **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG)**
Théophile Denise, premier vice-président
- **Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf)**
Jérémy Darenne, président
Blandine Fauvarque, porte-parole

- **Association nationale des étudiant.e.s sages-femmes (Anesf)**

Héloïse Tanton, présidente

Suzanne Nijdam, porte-parole

- **Fédération nationale des étudiant.e.s en sciences infirmières (Fnesi)**

Thomas Barre, vice-président en charge des perspectives professionnelles

Pauline Bourdin, vice-présidente en charge de la défense des droits et candidate au poste de présidente pour le mandat 2023-2024

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Cécile Lambert, cheffe de service, adjointe à la directrice

Julie Pougheon, conseillère spéciale auprès de la directrice générale

- **Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne (SNPADHUE)**

Dr Farid Slimani, secrétaire général

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

Zaynab Riet, déléguée générale

Vincent Roques, directeur de cabinet

Cécile Chevance, responsable du pôle OFFRES

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**

Christine Schibler, déléguée générale

Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)**

Charles Guépratte, directeur général

Arnaud Joan-Grange, directeur de l'offre de soins

- **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)**

Mathurin Laurin, délégué national

Anastasia Strizyk, conseillère auprès du délégué national

- **Unicancer**

Sophie Beaupère, déléguée générale

Sandrine Boucher, directrice Stratégie médicale et performance

Jeanne Bertrand, directrice de cabinet

- **Conférence nationale des présidents de commission médicale (CME) d'établissement de centres hospitaliers**

Dr Thierry Godeau, président

Dr David Piney, vice-président

- **Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers universitaires**

Pr Rémi Salomon, président

Marie-Christine Turnin, vice-présidente de la CME du CHU de Toulouse

Jean-Yves Gauvrit, président de la CME de Rennes

Muriel Mathonnet, présidente de la CME du CHU de Limoges

Marie-Hélène Vieillard, vice-présidente de la CME du CHU de Lille

Catherine Ravier, directrice de cabinet du président

- **Conférence nationale des directeurs généraux de centres hospitaliers (CNDCH)**

Cécilia Waheo, secrétaire générale

- **Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires**

Olivier Bossard, directeur général du CHU de Saint-Étienne, président de la commission des Finances de la conférence

Clément Triballeau, représentant de la commission stratégie

- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**

Dr François Arnault, président

Dr René-Pierre Labarrière, président de la section Exercice professionnel

Francisco Jornet, directeur des services juridiques

- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)**

Carine Wolf-Thal, présidente

Hélène Leblanc, directrice des affaires publiques, européennes et internationales

- **Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD)**

Dr Philippe Pommarède, président

Sylvie Germany, directrice des affaires juridiques et institutionnelles

- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF)**

Isabelle Derrenderinger, présidente

Sandrine Brame, vice-présidente

David Meyer, chef de cabinet

- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (ONI)**

Patrick Chamboredon, président

- **Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)**

Pascale Mathieu, présidente

Jean-François Dumas, secrétaire général

- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**

Dr Agnès Giannotti, présidente

Chryssanthi Guillon, chargée d'affaires publiques (observatrice)

- **Le syndicat des médecins libéraux (SML)**
Dr Sophie Bauer, présidente
Dr Mardoché Sebbag, vice-président
- **Union française pour une médecine libre (UFML-Syndicat)**
Dr Jérôme Marty, président
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**
Dr Franck Devulder, président
Dr Bruno Perrouy, président des spécialistes
- **Fédération des médecins de France (FMF)**
Dr Frédéric Villeneuve, vice-président
Dr Jean-Paul Hamon, président d'honneur
- **Avenir Spé - Le Bloc**
Dr Patrick Gasser, président
- **Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**
David Guillet, président
Rebeca Martín Osuna, secrétaire générale
Jean-Philippe Brégère, trésorier

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Cour des comptes

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

AVECsanté

ReAGJIR

France Assos santé

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp122-747.html>