

PROPOSITION DE LOI

**ACCÈS AUX SOINS
PAR L'ENGAGEMENT TERRITORIAL
DES PROFESSIONNELS**

Première lecture



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.

**1. 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.

Selon la direction générale de la cohésion sociale, en 2020, 1 610 Ehpad ne disposaient pas de temps de médecin coordonnateur.

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 INOCCUPÉES 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.

2. 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 (PDES) 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.

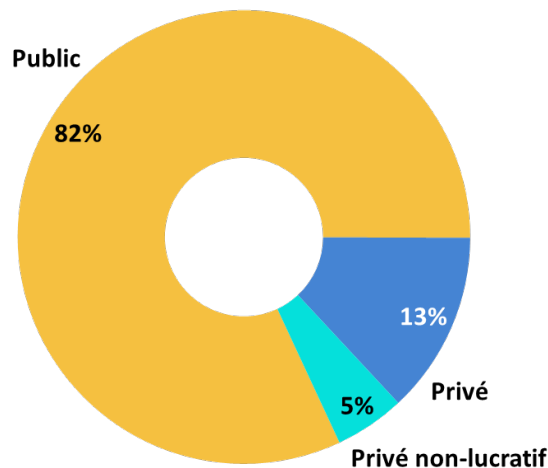
Faisant suite à la volonté du président de la République d'un rééquilibrage de la gestion de la permanence des soins avec une plus grande contribution du secteur privé, l'**article 4** modifie les dispositions applicables à la PDES afin de prévoir que **tant les établissements de santé que les praticiens 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 PDSES, 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 PDSES.

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.

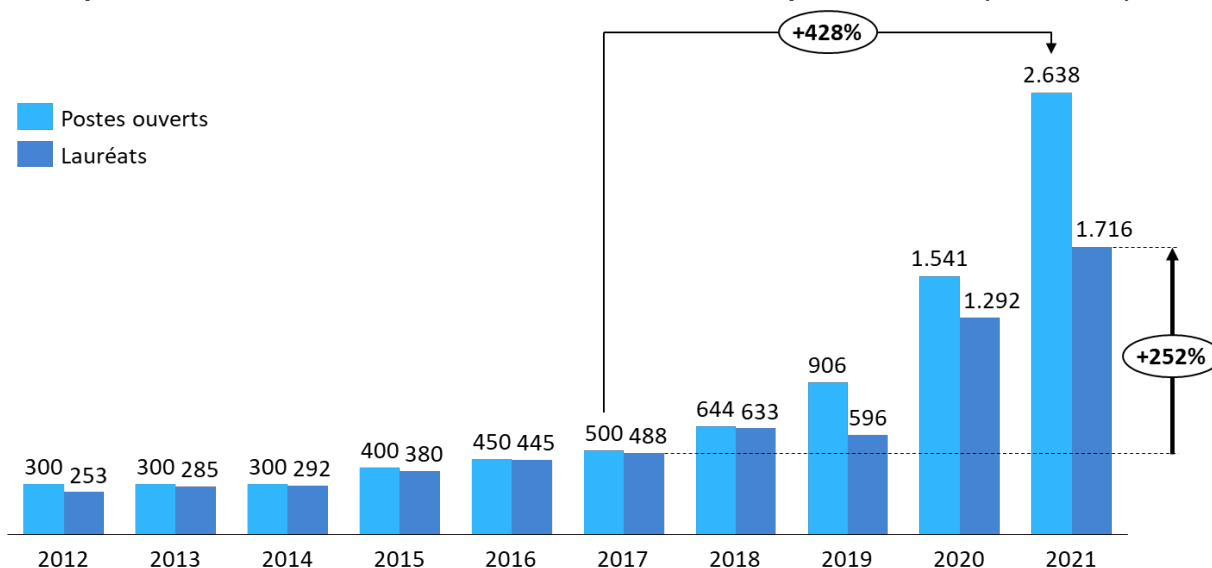
L'**article 7 reprend l'interdiction d'intérim proposée en 2022**. La commission a maintenu la position définie lors du dernier PLFSS et en cohérence a prévu un **dispositif de signalement** aux agences régionales de santé des manques de personnels obérant la capacité des établissements à assurer leur 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 ASSOULISSEMENT 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.

Nombre de postes ouverts et de lauréats aux épreuves de vérification des connaissances permettant aux Padhue d'accéder à l'autorisation de plein exercice (2012-2021)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des chiffres du CNG

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 Padhues 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 Padhues**, 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.

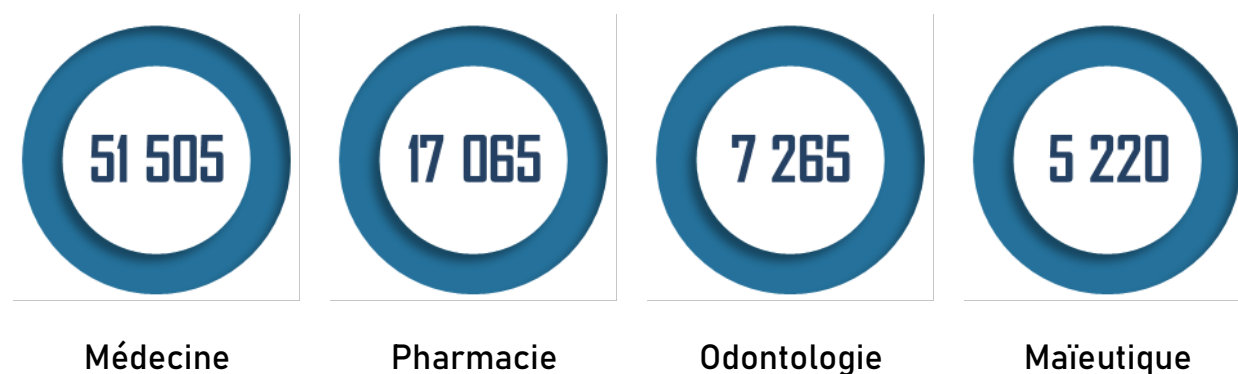
3. DES MESURES ÉPARSES SUR LES ÉTUDES DE SANTÉ

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 ainsi adoptée.

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.



EN SÉANCE

Le Sénat a adopté **39 amendements** sur le texte de la commission.

Il a notamment adopté trois articles additionnels visant à **libérer du temps médical**, en remplaçant certains certificats médicaux nécessaires pour la pratique sportive ou pour ouvrir droit au congé non rémunéré pour enfant malade et en étendant l'expérimentation de la signature par les infirmiers des certificats de décès à l'ensemble du territoire national.

Le Sénat a également adopté plusieurs amendements visant à **améliorer l'accès aux soins** en :

- permettant aux collectivités territoriales d'accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de l'ensemble des spécialités médicales, ou de chirurgie dentaire ;
- permettant l'exercice des *Padhue* en pharmacie titulaires des nouvelles attestations provisoires en officine ;
- permettant aux *Padhue* d'exercer en ambulatoire, au sein de structures d'exercice coordonné, durant leur parcours de consolidation des compétences ;

- prolongeant, étendant à Mayotte et simplifiant le régime dérogatoire d'autorisation temporaire d'exercice applicable dans certains territoires d'outre-mer ;
- dispensant de parcours de consolidation des compétences les Padhue justifiant de cinq années d'exercice dans certains territoires d'outre-mer ;
- assouplissant les conditions de création des Sisa à Mayotte.

À l'initiative de sa rapporteure, il a modifié l'article 2 *quater* afin de **rendre applicable l'âge limite** dérogatoire pour les médecins et infirmiers en cumul emploi-retraite dans **les centres de santé gérés par des établissements publics de santé**.

À l'article 2 *sexies*, le Sénat a également intégré les représentants **des étudiants en santé** et des **jeunes professionnels** dans les guichets uniques départementaux.

En matière **d'organisation territoriale de l'offre de soins**, le Sénat a adopté un amendement rétablissant l'article 2 *quinquies*, qui prévoit désormais **l'actualisation tous les deux ans des zones sous-denses**, dans un souci de régulation de l'offre.

Contre l'avis de la commission, le Sénat a, enfin, rétabli à l'article 3 *bis* A la **possibilité de désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant pour les résidents** en Ehpad, considérant que cette faculté pouvait constituer une solution utile aux résidents dans les déserts médicaux.

Enfin, dans le champ des **établissements de santé**, le Sénat a :

- à l'initiative de la commission et du Gouvernement, précisé la rédaction de l'article 4 relatif à la **permanence des soins en établissements de santé afin de conforter le dispositif d'appel à contribution des professionnels en cas de carence constatée par le directeur général de l'ARS** dans la couverture des besoins du territoire, ainsi que le régime applicable en cas de participation volontaire hors de l'établissement d'exercice habituel ;
- à l'initiative du Gouvernement, précisé le modèle juridique retenu en cas d'accès à la **personnalité morale d'un GHT** dont les établissements n'auraient pas fusionné, adaptant une forme de groupement de coopération sanitaire ;
- prévu la **délibération du conseil de surveillance des hôpitaux sur un contrat de gouvernance** présenté conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement et comprenant une feuille de route déclinant le projet d'établissement.

En première lecture, le Sénat a adopté la proposition de loi ainsi modifiée.



EN COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Réunie le 7 décembre 2023, la commission mixte paritaire (CMP) est parvenue à élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion. Celui-ci maintient largement les apports du Sénat.

La CMP a adopté 21 articles dans la rédaction issue du Sénat, le cas échéant sous réserve de modifications rédactionnelles, et maintenu la suppression de huit articles supprimés par le Sénat.

Parmi ces derniers figuraient des articles **coercitifs et inutilement irritants pour les professionnels**, à l'instar des articles 3 et 4 *bis*, portant respectivement sur l'adhésion automatique aux communautés professionnelles territoriales de santé et sur le rétablissement de la participation obligatoire à la permanence des soins ambulatoires.

Sur certains pans du texte, la CMP a retenu une rédaction ménageant un **compromis entre les positions des deux chambres**.

Ainsi, à l'article 1^{er} : les deux assemblées, guidées par le même objectif de **dynamiser la démocratie sanitaire à l'échelle locale**, ont souhaité renforcer les pouvoirs du conseil territorial de santé, sans déposséder les acteurs de l'offre de soins de premier recours de leurs prérogatives actuelles et de leur capacité d'initiative.

À l'article 2 *quinquies*, le texte prévoit désormais, outre les dispositions adoptées par le Sénat, une **actualisation régulière du diagnostic territorial partagé de l'offre de soins**, qui ne nécessite pas la création superflète d'un indicateur supplémentaire.

Concernant l'hôpital, le texte préserve en outre la rédaction du Sénat permettant d'**engager le nécessaire rééquilibrage de la permanence des soins en établissement de santé**, entre hôpitaux publics et établissements privés. La rédaction de compromis à l'article 6 retient, en les ajustant, les apports sénatoriaux renforçant la gouvernance médico-administrative. Enfin, ont été précisées les dispositions relatives aux GHT concernant la possibilité d'une personnalité morale ou la modification de leur périmètre.

Si l'**extension de l'expérimentation de la signature par les infirmiers des certificats de décès** à l'ensemble du territoire national a été préservée dans le texte final, les dispositions visant à libérer du temps médical en restreignant le recours aux certificats médicaux n'ont toutefois pas été conservées.

En séance publique, le 18 décembre 2023, le Sénat a définitivement adopté la proposition de loi ainsi modifiée.



Philippe Mouiller
Sénateur (LR) des Deux-Sèvres
Président



Corinne Imbert
Sénatrice (app. LR) de la Charente-Maritime
Rapporteuse

Consulter le dossier législatif : <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl22-747.html>