

N° 566

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 mai 2023

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi,
adoptée avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture,
visant à améliorer l'encadrement des centres de santé,*

Par M. Jean SOL,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, MM. Abdallah Hassani, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, M. Jean-Marie Janssens, Mmes Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : Première lecture : **361, 514** et T.A. **38**
Deuxième lecture : **856, 1009** et T.A. **99**

Sénat : Première lecture : **162, 323, 324** et T.A. **56** (2022-2023)
Deuxième lecture : **460** et **567** (2022-2023)

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| L'ESSENTIEL..... | 5 |
| EXAMEN DES ARTICLES RESTANT EN DISCUSSION | 7 |
| • <i>Article 1^{er}</i> Procédure d'agrément des centres de santé pour les activités dentaires et ophtalmologiques | 7 |
| • <i>Article 1^{er} bis A</i> Conservation du dossier médical et mise à disposition de ce dernier en cas de fermeture | 9 |
| • <i>Article 1^{er} quater</i> Procédure d'agrément des centres de santé existants | 10 |
| • <i>Article 2</i> Création d'un comité médical ou dentaire et information des patients sur les professionnels exerçant dans les centres de santé..... | 11 |
| • <i>Article 4</i> Conséquences emportées par une décision de suspension ou de fermeture d'un centre de santé pour manquement à ses obligations | 13 |
| • <i>Article 5</i> Transmission annuelle à l'ARS des comptes certifiés du centre de santé | 14 |
| • <i>Article 7</i> Interdiction de la demande de paiement intégral anticipé des soins..... | 15 |
| • <i>Article 9</i> Demande de rapport relatif aux moyens des agences régionales de santé..... | 16 |
| EXAMEN EN COMMISSION..... | 17 |
| LA LOI EN CONSTRUCTION | 25 |

L'ESSENTIEL

Justifiée par les dérives graves constatées ces dernières années dans l'activité de certains centres de santé, la proposition de loi renforce **l'encadrement de leurs activités dentaires et ophtalmologiques**.

En deuxième lecture, la commission a adopté conforme le texte transmis par l'Assemblée nationale, tout en regrettant que lui revienne une rédaction si peu éloignée de celle que le Sénat a approuvée en première lecture.

*

* *

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a **adopté conformes trois articles relatifs à la prévention des conflits d'intérêts, à l'identification des professionnels de santé par un numéro personnel distinct de la structure et au régime de sanctions applicables**.

Elle a également procédé à la **suppression conforme de deux articles** dont les dispositions avaient par cohérence été transférées par le Sénat au sein d'autres articles de la présente proposition de loi.

L'**article 1^{er}** relatif aux **procédures d'agrément** a, outre des ajustements rédactionnels, été modifié pour, d'une part, **intégrer les activités orthoptiques** dans le champ des activités soumises à l'agrément du directeur général de l'ARS et, d'autre part, supprimer la possibilité de consultation des projets de santé par les conseils départementaux de l'ordre.

L'Assemblée nationale a également précisé certaines **modalités de réalisation de la visite de conformité, prévoyant la possibilité pour la personne mandatée de ne pas annoncer son identité ou l'objet de sa venue**. Ces dispositions, qui auraient pu relever d'un texte d'application, semblent délicates à mettre en œuvre, alors que la visite de conformité ne saurait se borner à une observation des conditions d'accueil d'un « patient mystère ».

L'**article 1^{er} bis A** relatif à la conservation des dossiers médicaux des patients et à leur transmission en cas de fermeture du centre de santé a été modifié. Si l'Assemblée a préservé l'obligation de **conservation dans des conditions garantissant la continuité de prise en charge des patients**, elle a **privilegié, en cas de fermeture, une information des ordres** à une transmission aux ARS des dossiers.

Concernant l'**article 1^{er} quater** relatif aux modalités transitoires applicables aux centres existants, l'Assemblée nationale s'est bornée à des modifications rédactionnelles.

À l'article 2, l'Assemblée nationale a, pour l'essentiel, rétabli sa rédaction de première lecture, c'est-à-dire réinscrit dans la loi les précisions relatives au fonctionnement du comité médical ou dentaire et à l'obligation pour le gestionnaire d'assurer la transparence du centre sur l'identité des professionnels de santé qui prennent en charge les patients.

À l'article 4, les députés ont précisé les contours de l'obligation de publicité des décisions de sanction financière – étendue au site internet des autorités sanitaires appropriées et accompagnée d'une mise en demeure du gestionnaire de les publier sur le site du centre lui-même – et ont transformé en compétence liée ce qui n'était qu'une faculté offerte au directeur d'ARS de refuser de délivrer le récépissé ou l'agrément pour l'ouverture d'un nouveau centre lorsque les membres de son instance dirigeante ont fait l'objet d'une mesure de suspension ou de fermeture.

Si l'article 5 n'a fait l'objet que de modifications rédactionnelles, l'article 7 a été complété par une disposition améliorant l'information des patients en cas de déconventionnement d'un centre par l'assurance maladie.

Enfin, l'Assemblée nationale a rétabli l'article 9, qui prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur les moyens des agences régionales de santé.

• Le rapporteur constate que, sauf sur deux points dont le caractère marginal ne saurait être sérieusement discuté, les modifications apportées au texte par l'Assemblée nationale en deuxième lecture ne témoignent d'aucun désaccord sur la rédaction transmise par le Sénat, ni n'apportent de complément indispensable à l'économie générale du dispositif.

Aussi la rédaction issue des travaux du Sénat en première lecture aurait-elle pu, sans préjudice aucun pour la bonne application de la loi, être adoptée telle quelle par l'Assemblée nationale en deuxième lecture.

La commission regrette que les modifications que l'Assemblée nationale a souhaité rétablir ou apporter en deuxième lecture aient conduit à retarder de plusieurs mois l'adoption du texte.

Réunie le 3 mai 2023 sous la présidence de Catherine Deroche, la commission, souhaitant favoriser, dans l'intérêt des patients, une adoption définitive rapide de cette proposition de loi, l'a adoptée sans modification.

EXAMEN DES ARTICLES RESTANT EN DISCUSSION

Article 1^{er}

Procédure d'agrément des centres de santé pour les activités dentaires et ophtalmologiques

Cet article propose de rétablir l'agrément délivré par l'autorité administrative pour les activités dentaires et ophtalmologiques.

Le Sénat a, en première lecture, adopté cet article avec modification visant à clarifier les modalités de délivrance de l'agrément et revoir les conditions de refus ou de retrait de ce dernier.

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale s'est bornée à des modifications mineures qui ne remettent pas en cause les apports du Sénat. En conséquence, la commission a adopté cet article sans modification.

L'article 1^{er} prévoit un rétablissement d'agrément pour les centres de santé au titre de leurs activités dentaires et ophtalmologiques.

En **première lecture**, à l'initiative du rapporteur, la commission et le Sénat avaient modifié la rédaction de cet article en vue principalement de :

- **clarifier la procédure d'agrément** et les contours des éléments obligatoirement transmis dans le dossier de demande d'agrément ;
- **renforcer les moyens effectifs de contrôle des agences régionales de santé** concernant l'évolution éventuelle, après dépôt du dossier, des documents dont elle doit avoir connaissance ;
- prévoir la **consultation possible** par les ordres du projet de santé ;
- **expliciter les possibilités de retrait et de refus de l'agrément** par le directeur général de l'ARS.

En **deuxième lecture**, l'Assemblée nationale a procédé à différentes modifications d'ordre rédactionnel.

Sur le fond, à l'initiative de la rapporteure de la commission, l'Assemblée nationale a :

- intégré les **activités orthoptiques dans le champ des activités soumises à l'agrément** du directeur général de l'agence régionale de santé ;
- **prévu que la personne mandatée par l'agence régionale de santé pour réaliser la visite de conformité ne serait pas tenue d'informer le centre de santé de son identité ni de l'objet de sa visite ;**
- **supprimé la possibilité pour le conseil départemental de l'ordre de consulter le projet de santé** du centre de santé ;

- prévu que **l'avis motivé** du conseil départemental de l'ordre concerne, outre les contrats de travail, **également les diplômes** des praticiens.

Le rapporteur constate que **les modifications apportées par l'Assemblée nationale en deuxième lecture n'apparaissent pas relever d'un désaccord substantiel** sur la rédaction transmise par le Sénat, **ni n'apportent d'éléments de précisions indispensables à la bonne mise en œuvre du dispositif.**

L'intégration des activités orthoptiques, dont la dissociation des activités ophtalmologiques paraît *a priori* très rare, comme les conditions de présentation par la personne mandatée de sa qualité au moment de la visite de conformité, auraient pu trouver à être précisées ultérieurement.

En outre, alors que **la commission avait prévu une simple possibilité de consultation du projet de santé par les ordres** – et non une communication systématique –, le rapporteur déplore **la suppression de cet éclairage éventuel pour les conseils départementaux de l'ordre** à qui il est pourtant demandé, par le présent article, une intervention renforcée dans la supervision des centres.

Enfin, le rapporteur émet des **réserves sur le caractère opérationnel de la modalité nouvelle de réalisation de la visite de conformité**, au-delà de la nécessité de l'inscrire dans la loi et non au sein de textes d'application. En effet, si le fait de ne pas annoncer la réalisation de la visite peut sembler légitime, il apparaît **plus que délicat, pour une personne dont la fonction ne serait pas annoncée, d'accéder à l'ensemble des éléments pertinents pour juger de la conformité des pratiques du centre de santé.**

Le rapporteur considère que **la rédaction issue du Sénat en première lecture aurait, sans préjudice aucun pour l'application de la loi, pu être adoptée conforme par l'Assemblée nationale en deuxième lecture.**

La commission regrette que de telles modifications non nécessaires aient ainsi retardé l'adoption du texte. **Aussi, souhaitant favoriser une adoption définitive rapide de cette proposition de loi, la commission a adopté cet article sans modification.**

Article 1^{er} bis A

**Conservation du dossier médical et mise à disposition de ce dernier
en cas de fermeture**

Cet article, inséré en première lecture à l'initiative de la commission, vise à renforcer les conditions de conservation du dossier médical et assurer sa mise à disposition en cas de fermeture du centre de santé, au bénéfice de la continuité de la prise en charge des patients.

Si l'Assemblée nationale a, en deuxième lecture, préservé la nouvelle obligation de conservation des dossiers médicaux dans des conditions garantissant la continuité de la prise en charge des patients, elle a privilégié, dans le cas d'une fermeture du centre de santé, l'option d'une seule information des conseils de l'ordre.

La commission, constatant que l'intention du Sénat reste satisfaite, a adopté cet article sans modification.

À l'initiative de son rapporteur, la commission avait en première lecture entendu **répondre aux problèmes constatés lors de la fermeture de certains centres de santé** pour la prise en charge des patients. Elle avait à cette fin introduit cet article additionnel visant à renforcer les obligations concernant la bonne tenue des dossiers médicaux des patients et prévu des modalités de transmission en cas de fermeture.

L'Assemblée nationale a conservé dans la rédaction du Sénat la **responsabilité assignée au centre de santé de conservation du dossier médical du patient** dans des conditions garantissant la qualité et la continuité de la prise en charge de ce dernier.

Cependant, l'Assemblée nationale a modifié les modalités prévues par le rapporteur de la commission en cas de fermeture prolongée ou définitive du centre de santé. Alors que la commission avait souscrit à une transmission obligatoire des dossiers médicaux à l'agence régionale de santé, la rapporteure de l'Assemblée nationale a prévu une **information du conseil départemental de l'ordre sur les dispositions prises afin d'assurer la conservation des dossiers et l'accès à ceux-ci**. Ces conditions lèvent en outre certaines réserves qui ont pu être émises au regard de la sensibilité du respect du secret médical dans les transferts de dossiers de patients.

Si la rédaction transmise ne précise pas les modalités opérationnelles à suivre, elle préserve cependant l'intention d'une obligation de moyens qui pèse sur les gestionnaires. Aussi, sur proposition de son rapporteur, la commission a choisi de retenir la rédaction proposée par l'Assemblée nationale.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 1^{er} quater
Procédure d'agrément des centres de santé existants

Cet article vise à prévoir une procédure d'agrément spéciale pour les centres de santé existants avant l'entrée en vigueur du nouveau régime d'autorisation propre aux activités dentaires et ophtalmologiques.

La commission avait, en première lecture, clarifié le régime transitoire applicable aux centres existants et donné plus de souplesse dans les délais proposés.

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale s'est bornée à des modifications d'ordre rédactionnel. En conséquence, la commission a adopté cet article sans modification.

Le rapporteur constate que l'Assemblée nationale n'a, en deuxième lecture, procédé qu'à des **modifications rédactionnelles** et, suivant l'ajout réalisé à l'article 1^{er}, a par coordination **inclus les activités orthoptiques**.

Le rapporteur considère, comme pour l'article 1^{er}, que la rédaction issue du Sénat en première lecture aurait, sans préjudice aucun pour l'application de la loi, pu être adoptée conforme par l'Assemblée nationale en deuxième lecture.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 2

**Création d'un comité médical ou dentaire et information des patients
sur les professionnels exerçant dans les centres de santé**

Cet article crée un comité médical ou dentaire dans chaque centre de santé et oblige chaque centre à mieux informer les patients de la qualité des professionnels exerçant en leur sein.

En première lecture, le Sénat avait clarifié le rôle du comité médical ou dentaire et renvoyé au pouvoir réglementaire l'obligation faite aux centres d'informer correctement les patients sur l'identité des professionnels qui les prennent en charge.

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a, pour l'essentiel, rétabli sa rédaction de première lecture.

La commission a adopté cet article sans modification.

Dans sa version transmise en première lecture au Sénat, cet article visait à compléter le nouveau dispositif d'autorisation et de renforcement des sanctions par un mécanisme garantissant, au sein des centres, **l'équilibre des pouvoirs entre le gestionnaire et les soignants**. À cette fin, un comité médical ou dentaire était rendu responsable de la politique d'amélioration de la qualité des soins dispensés au sein du centre et de la formation continue des professionnels y exerçant.

Les députés avaient en outre adopté un sous-amendement précisant que le règlement intérieur du centre prévoit le port, par les professionnels de santé qui y travaillent, d'un badge nominatif indiquant leur fonction.

En première lecture, le Sénat avait opéré essentiellement deux modifications :

- il avait **renvoyé au pouvoir réglementaire certains détails de fonctionnement des comités**, ainsi que l'obligation faite aux centres d'informer correctement les patients sur l'identité des professionnels soignants les prenant en charge ;

- il avait – considérant que la responsabilité qui lui incombait n'était pas claire et que la rédaction choisie dispensait le gestionnaire d'assumer une telle responsabilité – **clarifié la compétence du comité** en le chargeant, de manière plus réaliste, de « *contribue[r] à l'amélioration* » de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins.

Un amendement avait en outre, en séance publique, introduit à cet article, par cohérence, une disposition initialement contenue dans la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, en cours d'examen simultané par les deux chambres.

En deuxième lecture, les députés ont adopté deux amendements à l'initiative de la rapporteure du texte.

Le premier rétablit, pour l'essentiel, la rédaction des alinéas relatifs aux contours du comité médical ou dentaire issue de ses travaux en première lecture. Il réécrit ainsi les dispositions relatives aux modalités de fonctionnement du comité que le Sénat avait jugé bon, par respect pour la hiérarchie des normes, de renvoyer au pouvoir réglementaire, et il amende légèrement la disposition relative à son rôle puisque le comité est rendu, « *avec le gestionnaire, responsable* » de la politique d'amélioration de la qualité des soins et de la formation continue des professionnels.

Le second amendement rétablit la rédaction de l'Assemblée nationale sur l'obligation de transparence des centres sur l'identité et les fonctions des médecins et chirurgiens-dentistes qui y exercent - retirant ainsi du champ de cette disposition les autres professionnels de santé.

La rédaction de deuxième lecture de l'Assemblée nationale ne va pas sans susciter une double surprise : d'une part, que le souci que les médecins « *se sentent pleinement investis d'une responsabilité en la matière* », comme l'avance l'exposé des motifs du premier amendement, ait pu conduire à préférer une rédaction partageant ladite responsabilité entre le comité et le gestionnaire ; d'autre part, que le rétablissement dans la loi de mesures infra-réglementaires telles que celle, issue d'un sous-amendement du groupe Rassemblement national, disposant que « *le gestionnaire s'assure que le règlement intérieur de l'établissement prévoit le port d'un badge nominatif indiquant la fonction du professionnel de santé* », ait pu être regardée comme une nécessité.

La commission a cependant considéré que **l'intérêt des patients et du secteur imposait de favoriser une entrée en vigueur rapide du texte**, à laquelle ne devaient pas faire obstacle les divergences d'appréciation sur la rédaction de ces dispositions, qui n'altèrent pas l'économie générale de la proposition de loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 4

Conséquences emportées par une décision de suspension ou de fermeture d'un centre de santé pour manquement à ses obligations

Cet article autorise le directeur général de l'ARS à refuser de délivrer le récépissé de l'engagement de conformité ou l'agrément demandé pour l'ouverture d'un centre lorsque le demandeur a précédemment fait l'objet d'une décision de suspension ou de fermeture, et organise la bonne information des autorités publiques des décisions de suspension et de fermeture prises par les ARS.

En première lecture, le Sénat a adopté des modifications rédactionnelles et rendu obligatoire la publication sur le site de l'ARS des décisions de sanction financière.

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a apporté quelques précisions à l'obligation de publicité et transformé la faculté offerte au directeur général d'ARS en compétence liée.

Cet article a pour objet essentiel de **préciser les conséquences emportées par une décision de suspension ou de fermeture de centre**. À l'issue des travaux de l'Assemblée nationale en première lecture, il rendait possible le refus par le directeur général de l'ARS de la délivrance de tout récépissé d'engagement de conformité ou d'agrément demandé pour l'ouverture d'un nouveau centre par tout membre de l'instance dirigeante du centre de santé originellement mis en cause, jusqu'à la levée de la suspension ou pendant une durée de huit ans pour une décision de fermeture. Il prévoyait en outre l'information systématique des ordres professionnels et des organismes de sécurité sociale en cas de fermeture, et créait un « *répertoire national* » destiné à recenser lesdites mesures, ainsi plus facilement portées à la connaissance des différences services des ARS sur tout le territoire.

En première lecture, le Sénat avait adopté des modifications essentiellement rédactionnelles à l'initiative de son rapporteur. Il avait en outre, à l'initiative du groupe Écologiste - Solidarités et territoires, rendu obligatoire la publication sur le site internet de l'ARS des décisions de sanction financière.

Les députés ont adopté six amendements en deuxième lecture.

Trois sont essentiellement rédactionnels.

Un amendement de la rapporteure précise qu'« *en cas de fermeture définitive, l'agence régionale de santé veille également à assurer l'information de l'ensemble des patients bénéficiant de soins en cours au sein du centre de santé concerné par la décision* ».

Un amendement du groupe Écologiste – Nupes précise que la **publicité faite sur le site de l'ARS** par son directeur général à ses décisions de sanction financière **s'accompagne d'une publicité faite sur le site internet des autorités sanitaires appropriées et d'une mise en demeure de l'organisme gestionnaire ou de son représentant légal de les publier sur le site internet du centre** de santé lui-même lorsqu'il existe.

Un amendement de la rapporteure modifie enfin les dispositions relatives aux conséquences emportées par la suspension de l'activité d'un centre ou la fermeture d'un centre ou de l'une de ses antennes : estimant que l'extension à tout le territoire national d'une décision de refus de délivrance de récépissé ou d'agrément dans cette hypothèse se heurte à la territorialisation de la compétence des ARS, son auteure a préféré faire de cette faculté une compétence liée. Si une suspension d'activité entraîne *ipso facto* un refus de délivrance du document autorisant le lancement d'un nouveau centre pendant la durée prévue, alors la question de la territorialisation ne se pose plus.

Le rapporteur approuve les précisions apportées à cet article et se range à la solution proposée pour remédier au problème de la territorialisation des décisions des ARS, estimant que même dans cette hypothèse, les conséquences emportées par des décisions de suspension ou de fermeture pour les membres des instances dirigeantes des organismes gestionnaires qui en font l'objet ne sont toujours pas disproportionnées.

Il s'étonne toutefois qu'aient été rétablies des précisions de rang manifestement réglementaires, relatives ainsi au « *répertoire national* » des mesures de suspension et de fermeture de centres.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 5

Transmission annuelle à l'ARS des comptes certifiés du centre de santé

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, rend obligatoire la transmission annuelle à l'ARS des comptes certifiés des centres de santé.

En première lecture, le Sénat avait limité l'obligation de certification et de transmission des comptes à ceux dépassant un seuil fixé par décret.

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté des modifications rédactionnelles.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 7

Interdiction de la demande de paiement intégral anticipé des soins

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, interdit la demande de paiement intégral anticipé des soins.

En première lecture, le Sénat avait adopté une modification rédactionnelle.

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a complété l'article d'une disposition visant à mieux informer les patients en cas de déconventionnement d'un centre par l'assurance maladie.

La commission a adopté cet article sans modification.

Cet article complète l'article L. 6323-1-7 du code de la santé publique d'une phrase disposant que les centres de santé ne peuvent demander le paiement anticipé intégral des soins qui n'ont pas encore été dispensés.

En première lecture, le Sénat n'avait adopté qu'une modification rédactionnelle.

En deuxième lecture, les députés ont adopté un amendement de la rapporteure visant à **remédier à une autre difficulté, liée à la diminution du remboursement auquel ont droit les assurés victimes des pratiques d'un centre que l'assurance maladie aurait déconventionné**. Le même article du code de la santé publique est ainsi modifié pour disposer que « *lorsqu'un centre de santé fait l'objet d'une procédure de déconventionnement par l'Assurance maladie, son gestionnaire informe les patients sans délai des tarifs pratiqués et de leur remboursement par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs d'autorité mentionnés à l'article L. 162-32-4 du code de la sécurité sociale. Le gestionnaire est tenu d'afficher ces informations de manière visible, dans les locaux de ce centre et de ses antennes ainsi que sur son site internet et sur les plateformes de communication numériques utilisées pour ce centre* ».

Le rapporteur approuve le complément apporté à cet article, qui contribuera à mieux informer les patients et à limiter les difficultés qu'ils seraient conduits à subir en cas de déconventionnement d'un centre.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 9

Demande de rapport relatif aux moyens des agences régionales de santé

Cet article, ajouté en première lecture à l'Assemblée nationale, prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport sur les moyens à allouer aux agences régionales de santé pour réaliser les opérations prévues par la proposition de loi.

En première lecture au Sénat, la commission, réitérant son opposition constante aux demandes de rapport adressées au Gouvernement, avait supprimé cet article.

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a rétabli cet article.

Si elle regrette le rétablissement de dispositions aussi peu nécessaires, la commission ne souhaite pas faire obstacle à l'adoption définitive de ce texte pour un tel motif. Il conviendra de suivre la remise effective de ce rapport.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 3 mai 2023, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport de M. Jean Sol, rapporteur, sur la proposition de loi n° 460 (2022-2023), examinée en deuxième lecture, visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous examinons maintenant, en deuxième lecture, la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

M. Jean Sol, rapporteur. – La proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, déposée par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Fadila Khattabi, en octobre 2022, a été adoptée en deuxième lecture par l'Assemblée nationale le 14 février dernier.

Alors que nous avons travaillé dans un esprit consensuel pour permettre à l'Assemblée nationale d'adopter définitivement ce texte lors de sa deuxième lecture, je constate avec regret que nous devons, en ce début du mois de mai, examiner à nouveau cette proposition de loi qui nous revient modifiée.

L'Assemblée nationale a certes adopté conformes trois articles relatifs à la prévention des conflits d'intérêts, à l'identification des professionnels de santé par un numéro personnel distinct de la structure et au régime de sanctions applicables, et elle a approuvé la suppression de deux articles dont les dispositions avaient par cohérence été transférées par le Sénat au sein d'autres articles de la présente proposition de loi.

Huit articles demeurent toutefois en discussion. Je parlais à l'instant de regret, car les modifications adoptées par l'Assemblée nationale, que je vais vous présenter, étaient à mon sens accessoires et ne justifiaient pas de reporter l'adoption de ce texte.

À l'article 1^{er}, relatif aux procédures d'agrément, les modifications excèdent les aspects rédactionnels. L'Assemblée nationale a ainsi choisi d'intégrer les activités orthoptiques dans le champ des activités soumises à l'agrément du directeur général de l'ARS mais aussi de supprimer la possibilité de consultation des projets de santé par les conseils départementaux de l'ordre.

Je me bornerai à constater que les activités orthoptiques sont *a priori* réalisées dans des centres qui ont une activité ophtalmologique, et que loin de mettre à disposition les projets de santé de tous les centres, nous n'avons donné qu'un droit de consultation aux ordres, qui me paraissait légitime au regard des missions qui sont données à ces derniers.

Surtout, l'Assemblée nationale a introduit une disposition nouvelle concernant les modalités de réalisation de la visite de conformité, en prévoyant la possibilité pour la personne mandatée de ne pas annoncer son identité ni l'objet de sa visite. Ces dispositions, qui auraient pu tout à fait relever d'un décret d'application, me semblent assez délicates dans leur mise en œuvre. En effet, comment la personne mandatée aura-t-elle accès à l'ensemble des éléments lui permettant de juger de la conformité du centre de santé ? Au-delà d'une simple observation sur les modalités d'accueil, la visite de conformité a bien pour objet d'apprécier les pratiques du centre et de ses praticiens et gestionnaires.

À l'article 1^{er} *bis* A, relatif à la conservation des dossiers médicaux des patients et à leur transmission en cas de fermeture du centre de santé, si l'Assemblée a préservé l'obligation de conservation dans des conditions garantissant la continuité de prise en charge des patients, elle a privilégié, en cas de fermeture, une information des ordres à une transmission aux ARS des dossiers. Nous avons introduit cet article en première lecture pour répondre à une préoccupation forte concernant le relais de prise en charge pour certains patients dont les dossiers médicaux manquaient à la fermeture du centre de santé, et dont la reprise des soins a été largement obérée.

Concernant l'article 1^{er} *quater* relatif aux modalités transitoires applicables aux centres existants, l'Assemblée nationale s'est bornée à des modifications rédactionnelles.

À l'article 2, l'Assemblée nationale a, pour l'essentiel, rétabli sa rédaction de première lecture, c'est-à-dire réinscrit dans la loi les précisions relatives au fonctionnement du comité médical ou dentaire et à l'obligation pour le gestionnaire d'assurer la transparence du centre sur l'identité des professionnels de santé qui prennent en charge les patients.

Sans doute peut-on partager la crainte que le pouvoir réglementaire ne soit tenté d'amoinrir des obligations nouvelles que l'on souhaite voir contribuer puissamment à l'amélioration de la qualité des soins. Mais fallait-il pour autant rétablir des mesures aussi manifestement infraréglementaires, et aussi élégamment tournées, que celle, par exemple, issu d'un sous-amendement du Rassemblement national, disposant que « le gestionnaire s'assure que le règlement intérieur de l'établissement prévoit le port d'un badge nominatif indiquant la fonction du professionnel de santé » ?

Ces modifications touchent également au fond du dispositif, puisque le comité médical est rendu, « avec le gestionnaire, responsable » de l'amélioration de la qualité des soins et de la formation continue du dispositif. Les contours d'une telle responsabilité ne sont pas plus clairs qu'en première lecture - c'est pourquoi nous l'avons retouchée - et seront précisés par le pouvoir réglementaire...

À l'article 4, les députés ont précisé les contours de l'obligation de publicité des décisions de sanction financière – étendue au site internet des autorités sanitaires appropriées et accompagnée d'une mise en demeure du gestionnaire de les publier sur le site du centre lui-même – et ont transformé en compétence liée ce qui n'était qu'une faculté offerte au directeur d'ARS de refuser de délivrer le récépissé ou l'agrément pour l'ouverture d'un nouveau centre lorsque les membres de son instance dirigeante ont fait l'objet d'une mesure de suspension ou de fermeture.

L'article 5 n'a fait l'objet que de modifications rédactionnelles. L'article 7 a, lui, été complété par une disposition améliorant l'information des patients en cas de déconventionnement d'un centre par l'assurance maladie, ce qui est opportun.

Enfin, l'Assemblée nationale a rétabli l'article 9, qui prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur les moyens des agences régionales de santé. Le rétablissement de cette demande de rapport est pour moi l'exemple le plus frappant des désaccords très surmontables à l'égard du texte que nous avons adopté : une deuxième lecture provoquée notamment par une demande de rapport...

Sauf peut-être sur deux points, assez marginaux, je constate donc que les modifications apportées au texte par l'Assemblée nationale en deuxième lecture ne témoignent d'aucun désaccord réel sur la rédaction transmise par le Sénat, ni n'apportent de complément indispensable à l'économie générale du dispositif.

Je crois difficile de nier que la rédaction issue des travaux du Sénat en première lecture aurait pu, sans préjudice aucun pour la bonne application de la loi, être adoptée telle quelle par l'Assemblée nationale en deuxième lecture. C'est pourquoi je vous propose d'arrêter ici la navette parlementaire pour ce texte en préconisant son adoption définitive par le Sénat.

En effet, pour regrettable et irritant que soit le comportement de nos collègues députés, il nous appartient de ne pas « remettre une pièce dans la machine », si vous me permettez l'expression. Alors que le texte aurait pu entrer en application en février, une modification par le Sénat renverrait une nouvelle fois sa mise en œuvre, qui ne pourrait alors intervenir avant l'été.

Dans l'intérêt des patients et en accord avec notre présidente, je vous propose donc d'adopter aujourd'hui ce texte sans modification et d'appeler le Sénat, mardi 9 mai, à adopter définitivement la proposition de loi.

Mme Catherine Deroche, présidente. - Il ne serait en effet pas justifié de prolonger la navette parlementaire pour des détails. Nous avons pourtant fait en sorte, en première lecture, d'adopter une rédaction permettant de parvenir à un vote conforme entre nos deux assemblées, afin que le texte entre rapidement en vigueur ; mais les députés ont préféré adopter des modifications mineures, d'ordre réglementaire et guère utiles, car le rapport demandé ne sera vraisemblablement jamais remis ! Malheureusement, cette démarche est quasi systématique...

Mme Pascale Gruny. - Je soutiens la position de notre rapporteur. Les centres de santé posent parfois des problèmes. Saint-Quentin compte deux centres de santé, mais ils sont vides et n'ont pas de médecins ! Pourtant les notes de frais des dirigeants et les salaires sont élevés, et une enquête est en cours. Le problème de fond est que l'on manque de professionnels de santé. La sécurité sociale finance-t-elle ces centres ? Et dans ce cas, quel est le niveau des aides par rapport à celles octroyées aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ?

Mme Catherine Deroche, présidente. - Dans les centres de santé, les médecins sont souvent salariés. Le centre de santé de Lamballe, par exemple, où notre commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France s'est déplacée, qui est installé au sein de l'hôpital de proximité, compte huit médecins pour cinq équivalents temps plein. Les médecins sont salariés et le centre perçoit le montant des actes réalisés.

Les prérogatives des ARS sont limitées. Elles reçoivent simplement un engagement de conformité des centres de santé.

Lorsque j'étais conseillère régionale en Pays de la Loire, nous soutenions les collectivités qui créaient des MSP, mais nous pouvions aussi les aider pour l'installation d'un centre de santé lorsqu'il n'y avait pas d'offre médicale à proximité, sous réserve que ces centres participent à la permanence des soins et qu'ils équilibrent leurs comptes. C'est ainsi que cela fonctionne. Il n'y a pas d'aide spécifique.

M. Jean Sol, rapporteur. - Il ne faut pas confondre les centres de santé et les MSP. Je rejoins les propos de Mme Gruny. Les collectivités investissent pour créer des maisons de santé, se dotent de belles infrastructures, mais celles-ci restent parfois vides, faute de médecins.

Mme Catherine Deroche, présidente. - Il ne me semble pas anormal que les collectivités aident les centres de santé, elles aident déjà les maisons de santé où exercent des médecins libéraux. De plus en plus de médecins s'installent d'ailleurs ainsi en libéral tout en bénéficiant d'un financement de la collectivité !

Mme Émilienne Poumirol. – En ce qui concerne les aides, l'article 5 de notre proposition de loi visant à rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux et à garantir l'accès à la santé pour tous prévoyait que les aides des ARS aux centres de santé devaient être équivalentes à celles octroyées aux MSP en exercice libéral. Je rappelle ainsi que les aides s'élèvent à 50 000 euros par installation d'un médecin en libéral en MSP, et à 30 000 euros dans le cas des centres de santé. Il y a donc une différence nette. Les ARS versent donc bien une aide, et elle varie selon que l'on exerce en libéral ou en centre santé.

Mme Catherine Deroche. – Il s'agit des aides à l'installation. Le médecin en exercice libéral a une amplitude horaire plus large que le médecin en centre de santé.

Mme Annie Le Houerou. – Il faut bien faire la distinction entre les centres de santé à but lucratif et ceux portés par une collectivité. Les centres à but lucratif ont tendance à se développer alors que l'hôpital public s'effrite. À cet égard, cette proposition de loi s'apparente à un pansement sur une jambe de bois. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale sont mineures. Je soutiens la position de notre rapporteur en faveur d'un vote conforme pour mettre un terme à la navette.

Il est paradoxal de constater que, dans certains lieux, des maternités ferment au moment même où des centres de santé, dotés de sages-femmes et de gynécologues, ouvrent. Un encadrement par les ARS permettrait d'endiguer les dérives.

Je ne comprends pas pourquoi l'Assemblée nationale a choisi d'intégrer les activités orthoptiques dans le champ des activités soumises à l'agrément du directeur général de l'ARS. Les centres orthoptiques ne sont pas médicalisés. On ne sait pas comment les personnels sont formés. L'essentiel est la présence d'un ophtalmologue.

Si la proposition de loi permet de limiter les dérives, elle ne règle pas la question de l'offre de soins. En outre, si les ARS n'ont pas les moyens pour contrôler, le texte restera sans effet.

M. Alain Milon. – J'avais le sentiment qu'avec cette proposition de loi nous faisons œuvre utile. Je partage la colère de notre rapporteur face aux modifications adoptées par l'Assemblée nationale ; en conséquence, je m'abstiendrai. Les demandes de rapport sont inutiles, on le sait. Les ministres et leurs services ont pour mission d'agir, non de faire des rapports !

M. Jean-Luc Fichet. – La question sous-jacente est celle de l'offre de soins dans les territoires. L'idée des centres de santé est intéressante, mais ce dispositif est dévoyé par le jeu des intérêts privés. Le contrôle est essentiel : il faut prévoir un agrément en amont et un pouvoir de contrôle des ARS en aval, à l'improviste, sans prévenir. Les élus locaux sont soumis à de fortes pressions pour maintenir une offre de soins en raison de la fermeture de services à l'hôpital et de la raréfaction des médecins.

Lorsqu'un maire des Côtes d'Armor a voulu augmenter de façon très raisonnable le loyer, pourtant modeste, du médecin, celui-ci a menacé de partir et la population a fait pression sur le maire. Résultat, de plus en plus de médecins réclament la gratuité des locaux et d'autres avantages. Ces pratiques donnent de la profession une image désastreuse. Mais les maires sont sous pression pour concéder toujours plus d'avantages aux médecins pour qu'ils s'installent.

M. Daniel Chasseing. - À l'image de tant d'autres, le rapport demandé par l'Assemblée nationale ne sera sans doute jamais réalisé. Je soutiendrai la position de notre rapporteur.

Il existe des problèmes avec les centres de santé à but lucratif. Il convient de les contrôler. Il est normal que les médecins perçoivent plus d'aides lorsqu'ils s'installent en MSP en exercice libéral, car ils s'investissent davantage dans ce cas pour gérer la structure, que lorsqu'ils s'installent comme salariés en centre de santé.

Mme Émilienne Poumirol. - Je voudrais attirer l'attention sur la création de centres de soins non programmés. Les urgentistes quittent l'hôpital pour s'installer dans ces centres, ouverts uniquement en journée, où ils sont mieux payés sans avoir de gardes à faire ! Les services d'urgences sont déjà en difficulté. Ce phénomène les fragilise encore davantage. L'hôpital est contraint de recourir aux vacations de médecins mercenaires, qu'il paie très cher, pour continuer à fonctionner.

M. Jean Sol, rapporteur. - Il existe en effet des aides des ARS ou de la Cnam pour l'installation et l'équipement des médecins dans les centres de santé. Mais cette proposition de loi n'a pas pour objet de gommer les disparités de cet ordre entre les différentes structures d'exercice.

Nous devons en effet être vigilants sur les centres de soins non programmés, alors que les professionnels de santé ont tendance à quitter de plus en plus l'hôpital.

Je comprends la position d'Alain Milon. Faut-il pour autant repousser encore la date d'adoption du texte en refusant de voter un texte conforme ? Je ne le pense pas.

Monsieur Fichet, je souscris à vos propos sur l'offre de soins sur le territoire. Il faut veiller à ce que les intérêts privés ne l'emportent pas sur toute autre considération dans certaines structures. Nous sommes d'accord pour doter les ARS d'une prérogative de contrôle, reste à définir les moyens qui leurs seront octroyés : les ARS sont prêtes à effectuer cette tâche, mais elles s'interrogent sur leurs moyens pour ce faire, aussi bien en termes de ressources humaines que de compétences.

La pression sur les élus est forte pour qu'ils préservent une offre de soins dans leur commune ; les territoires sont en concurrence et se livrent parfois à des surenchères pour attirer les médecins. Ces derniers réclament toujours plus d'aides : la mise à disposition d'un local, d'une voiture de fonction, etc. Plus largement, ils se renseignent aussi sur les écoles, les services publics, les activités culturelles ou de loisir à proximité avant de s'installer.

Enfin, je souscris aux propos de M. Chasseing sur l'intérêt de soutenir l'installation des médecins en exercice libéral plutôt qu'en tant que médecins salariés.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

L'article 1^{er} est adopté sans modification.

Article 1^{er} bis A

L'article 1^{er} bis A est adopté sans modification.

Article 1^{er} quater

L'article 1^{er} quater est adopté sans modification.

Article 2

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement **COM-2** vise à ce que le règlement intérieur d'un centre de santé prévoie la remise aux patients d'une note récapitulant l'ensemble des actes effectués et facturés à l'assurance maladie pour les activités dentaires, ophtalmologiques ou orthoptiques.

Il est douteux que le règlement intérieur de l'établissement soit le bon vecteur d'une telle obligation, qui, par ailleurs, n'est sans doute pas du domaine législatif. Une telle précision remettrait en outre en cause le principe d'une adoption conforme du texte, au bénéfice des patients.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable à cet amendement.

L'amendement COM-2 n'est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement **COM-1** renvoie à un arrêté la fixation des qualifications attendues des gestionnaires des centres de santé.

Il n'est pas certain qu'il soit opportun d'exiger des qualifications professionnelles particulières des gestionnaires de centres, qui ne sont pas une profession réglementée et peuvent n'avoir qu'une fonction de gestion, précisément. Les dispositions de l'article 1^{er} devraient suffire à garantir la qualité des dossiers de demande d'ouverture de centre.

De nouveau, afin de permettre l'entrée en vigueur rapide du texte, j'émet un avis défavorable à cet amendement.

L'amendement COM-1 n'est pas adopté.

L'article 2 est adopté sans modification.

Articles 4, 5, 7 et 9

Les articles 4, 5, 7 et 9 sont successivement adoptés sans modification.

La proposition de loi est adoptée sans modification.

TABLEAU DES SORTS

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|-----------|---|-----------------------------|
| Article 2 Création d'un comité médical ou dentaire et information des patients sur les professionnels exerçant dans les centres de santé | | | |
| Mme DELMONT-KOROPOULIS | 2 | Remise aux patients d'une note récapitulant les actes effectués et facturés à l'assurance maladie | Rejeté |
| Mme DELMONT-KOROPOULIS | 1 | Fixation par arrêté des qualifications attendues des gestionnaires des centres de santé | Rejeté |

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/pp122-162.html>