

CHAPITRE IV  
RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

*Article 40*

**Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct**

Origine de l'article : projet de loi modifié en première lecture à l'Assemblée nationale.  
Sort au Sénat : modifié.  
Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

● Le présent article autorise les orthoptistes à réaliser un certain nombre d'actes sans prescription médicale et sans être placés sous la responsabilité d'un médecin. Ces actes recouvrent :

– la réalisation d'un bilan visuel et la prescription de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire, dans des conditions qui seront précisées par un décret en Conseil d'État ;

– les dépistages de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant, dans des conditions qui seront précisées par un décret.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination ainsi qu'un amendement de fond du rapporteur général, avec l'avis favorable du Gouvernement.

L'amendement adopté impose un bilan visuel par un médecin ophtalmologiste préalablement à tout renouvellement ou adaptation par un orthoptiste d'une prescription qui aurait été initialement délivrée par un ophtalmologiste ou un orthoptiste, dans des conditions fixées par décret.

Par cohérence, l'amendement prévoit que les opticiens-lunetiers ne pourront adapter ou renouveler les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire par des orthoptistes qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été préalablement réalisé par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret.

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec un avis de sagesse du Gouvernement, lequel contient trois dispositions :

– il inscrit explicitement dans la loi que la réalisation de bilans visuels et la primo-prescription sera soumise à des critères d'âge des patients ;

– il précise que le décret d’application de la mesure permettant aux orthoptistes de réaliser le dépistage de l’amblyopie et celui des troubles de la réfraction ne contiendra pas uniquement des dispositions relatives aux âges des enfants concernés mais qu’il comportera également des dispositions relatives aux conditions dans lesquels ces dépistages seront réalisés ;

– il prévoit un avis du conseil national professionnel d’ophtalmologie – qui regroupe les sociétés savantes et les organismes professionnels spécialisés en ophtalmologie – sur les mesures réglementaires d’application.

### 3. La position de la commission

• Le rapporteur général note que l’amendement adopté au Sénat est très largement satisfait.

Le Gouvernement s’est en effet engagé à ce que les textes réglementaires prévoient bien les critères d’âge des patients pouvant être reçus en accès direct par les orthoptistes. L’étude d’impact du projet de loi indique, en effet, qu’« *un décret en Conseil d’État précisera les actes que pourront réaliser les orthoptistes lors de ce bilan visuel les conditions d’âge des patients pouvant être reçus en accès direct, les corrections concernées par le dispositif, les pathologies excluantes et les conditions de renvoi vers un médecin ophtalmologiste* ».

Les précisions adoptées par le Sénat, bien que satisfaites, permettent de rassurer un certain nombre d’acteurs quant à la portée du dispositif prévu par l’article 40.

Le rapporteur général est favorable à prévoir un avis du conseil national professionnel d’ophtalmologie sur les textes réglementaires.

Il propose donc de conserver l’article dans sa rédaction issue du Sénat.

• **La commission a adopté cet article sans modification.**

\*

\* \*

*Article 41 bis A (nouveau)*

#### **Conventionnement des médecins conditionné à un exercice, pendant six mois, en zone sous-dense**

Origine de l’article : adopté en première lecture au Sénat.

Position de la commission : **suppression.**

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le présent article résulte de l'adoption, avec l'avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement de la commission.

- Le **I** crée un nouvel article L. 4131-6-1 dans le code de la santé publique, lequel prévoit qu'un médecin ne peut être conventionné qu'à la condition d'avoir préalablement exercé en qualité de médecin salarié d'un médecin libéral ou en qualité de médecin remplaçant pendant une durée totale d'au moins six mois dans des zones sous-denses.

Les zones sous-denses sont celles déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé qui se caractérisent par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Le **I** précise qu'un médecin souhaitant être conventionné afin d'exercer en zone sous-dense n'est pas concerné par l'obligation d'avoir préalablement exercé en qualité de médecin salarié d'un médecin libéral ou en qualité de médecin remplaçant pendant une durée totale d'au moins six mois en zone sous-dense.

- Le **II** prévoit une entrée en vigueur de l'article au 1<sup>er</sup> novembre 2022.

## 2. La position de la commission

- Le rapporteur général adhère à l'objectif poursuivi par cet article, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires actuellement les plus en difficultés, mais il ne partage pas le moyen choisi pour y parvenir.

L'article 41 *bis* A revient à instaurer le conventionnement sélectif, que l'Assemblée nationale a rejeté en première lecture.

**Une telle mesure risquerait de favoriser un exercice déconventionné qui nuirait aux patients et de désinciter les jeunes médecins à l'installation en libéral.**

Le rapporteur général est convaincu qu'il faut davantage poursuivre les mesures mises en œuvre depuis le début de ce quinquennat pour améliorer l'accès aux soins. Ces mesures sont nombreuses, qu'il s'agisse des dispositifs incitant à l'installation des médecins dans les zones déficitaires, des mesures visant à libérer du temps médical, de la suppression du *numerus clausus* pour accroître à terme la démographie médicale ou du développement de la télémédecine.

De plus, l'article 41 *bis* A pose des difficultés juridiques majeures. Il aurait pour conséquence, au 1<sup>er</sup> novembre 2022, le déconventionnement de tous les médecins aujourd'hui conventionnés qui n'auraient pas préalablement exercé en zone sous-dense pendant au moins six mois.

**Pour toutes ces raisons, le rapporteur général propose la suppression de cet article.**

● La commission a supprimé cet article en adoptant deux amendements identiques du rapporteur général et de M. Jean-Pierre Door et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

\*

\* \*

*Article 41 bis*

**Régulation des centres de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification rédactionnelle.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de la présidente de la commission des affaires sociales, Mme Fadila Khattabi, et du rapporteur général, avec l'avis favorable du Gouvernement. Il vise à se donner des outils efficaces pour lutter contre les dérives de certains centres de santé dentaires et ophtalmologiques.

L'article adopté prévoit quatre grandes mesures.

- Le renforcement du contrôle de la qualité et de la sécurité des soins.

Le 1° complète l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique et crée la fonction de chirurgiens-dentistes « responsables de la qualité et de la sécurité des soins dentaires et des actes professionnels » au sein d'un centre de santé ou de l'une de ses antennes assurant une activité dentaire. Une fonction équivalente est créée pour les médecins ophtalmologistes dans les centres de santé ayant une activité ophtalmologique.

Les professionnels exerçant ces fonctions doivent informer le directeur général de l'agence régional de santé de toute décision prise par le gestionnaire du centre de santé qui leur apparaît comme étant de nature à porter atteinte à la santé des patients et la santé publique.

- Le renforcement du contrôle des qualifications des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes exerçant en centre de santé.

Le 2° et le a du 3° renforcent le contrôle des qualifications des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes exerçant en centre de santé.

Le 2° intègre dans le projet de santé du centre – qui doit être transmis par le gestionnaire du centre au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) – la copie des diplômes et, le cas échéant, des contrats de travail des chirurgiens-dentistes et des médecins ophtalmologistes.

Le *a* du 3° prévoit que le directeur général de l'ARS transmet la copie des diplômes et des contrats de travail des chirurgiens-dentistes et des médecins ophtalmologistes au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent. Ce dernier rend ensuite un avis motivé dans un délai de deux mois.

- L'établissement d'une procédure d'agrément par l'ARS des centres de santé pour l'exercice d'activités dentaires ou ophtalmologiques.

Le *c* du 3° soumet les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité ophtalmologique ou dentaire, pour leurs seules activités ophtalmologiques ou dentaires, à l'agrément du directeur général de l'ARS.

- Empêcher un gestionnaire de contourner des sanctions qui lui ont déjà été infligées en ouvrant de nouvelles structures.

Le 4° ouvre la possibilité, pour le directeur général de l'ARS, de refuser l'ouverture d'un nouveau centre ou d'une nouvelle antenne lorsque le gestionnaire fait déjà l'objet d'une sanction administrative pour l'un de ses établissements.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

En séance publique, le Sénat a, avec l'avis défavorable du Gouvernement, supprimé cet article, estimant qu'il ne contenait que des dispositions étrangères au champ des lois de financement de la sécurité sociale. La rapporteure a néanmoins convenu que ce sujet était d'importance.

## **3. La position de la commission**

- Le rapporteur général ne partage pas l'avis du Sénat, selon lequel cet article n'aurait pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

D'une part, l'article 41 *bis* permet de réguler l'offre de soins et donc potentiellement de réduire le nombre de centres ophtalmologiques ou dentaires en activité. Seuls pourront désormais ouvrir ceux qui obtiendront l'agrément délivré par l'ARS. Cette mesure est de nature à réduire les dépenses de l'assurance maladie, laquelle prend en charge les actes réalisés par les centres de santé, et ce de la même manière que ces centres soient ou non conventionnés.

D'autre part, l'article 41 *bis* permet de mieux lutter contre les pratiques frauduleuses des centres de santé. En cela, il limite les risques de surfacturation des actes qui sont fréquents dans les centres déviants, et réduit donc les dépenses de l'assurance maladie. Pour rappel, l'assurance maladie a, à ce jour, déposé seize

plaintes pénales pour des préjudices financiers contre des centres ophtalmologiques <sup>(1)</sup>.

Le rapporteur général rappelle que des dispositions similaires ont été précédemment adoptées en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), sans avoir été considérées comme étant des cavaliers législatifs.

À titre d'exemple, l'article 80 de la LFSS 2021 <sup>(2)</sup> crée, sous l'égide de la Haute Autorité de santé, une procédure de certification qualité des prestataires de services et distributeurs de matériels (PSDM). Seules les structures disposant de cette certification peuvent délivrer des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie.

Cette disposition est similaire à celle prévue par l'article 41 *bis*, dans la mesure où elle prévoit une autorisation, en amont, des offreurs de soins dont les activités peuvent être prises en charge par l'assurance maladie.

• La commission a adopté un amendement de Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission, et du rapporteur général rétablissant cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale, moyennant une modification rédactionnelle.

\*  
\* \*

#### *Article 41 ter*

#### **Moyens de sanction à l'encontre de gestionnaires de centres de santé**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.  
Sort au Sénat : modifié.  
Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

Le présent article est issu d'un amendement adopté, à l'initiative de la commission des affaires sociales et plus particulièrement de sa présidente, avec l'avis favorable du Gouvernement.

Tout comme l'article 41 *bis*, il vise à mieux lutter contre les dérives que connaissent certains centres de santé. Il prévoit pour cela trois principales mesures <sup>(3)</sup>.

---

<sup>(1)</sup> Chiffre donné par le Gouvernement en séance publique au Sénat.

<sup>(2)</sup> Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

<sup>(3)</sup> En plus de ces trois mesures, le 2° du II de l'article prévoit la transposition automatique, dans certains cas, dans l'accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé, des modes de rémunération des

● L'article renforce, tout d'abord, les sanctions que peut prononcer le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à l'encontre des gestionnaires de centres de santé dont les pratiques ne sont pas conformes à la réglementation. Actuellement, le directeur général de l'ARS ne peut prononcer que la suspension, partielle ou totale, du centre ou sa fermeture.

Le **I** ouvre la possibilité pour le directeur général de l'ARS de prononcer une amende administrative d'un montant maximal de 150 000 euros assortie d'une astreinte de 1 000 euros par jour. Cette mesure trouve son sens dans l'origine lucrative des dérives.

● L'article vise, ensuite, à renforcer les possibilités d'actions de l'assurance maladie à l'encontre des centres qui ne respectent pas la réglementation :

– pour ce faire, le **3°** du **II** met fin au conventionnement d'office. Désormais, les centres souhaitant être conventionnés devront explicitement adhérer à l'accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les organisations représentatives des centres de santé.

Le **III** prévoit que les centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national disposent d'un délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi pour adhérer à l'accord national s'ils le souhaitent ;

– parallèlement à la fin du conventionnement d'office, l'article renforce les effets des sanctions conventionnelles.

Ces effets sont, aujourd'hui, très limités car les décisions de sanction de l'assurance maladie n'ont pas de conséquence, ni sur la prise en charge par la sécurité sociale des actes délivrés par les centres de santé sanctionnés, ni sur la possibilité, pour ces centres, de bénéficier de la subvention dite « Teulade » <sup>(1)</sup>.

Le **5°** du **II** prévoit donc de réduire la prise en charge, par l'assurance maladie, des actes délivrés par les centres de santé qui n'adhèrent pas à la convention ou qui sont déconventionnés par l'assurance maladie. Il permet d'appliquer à ces centres les tarifs d'autorité fixés par arrêté interministériel pour le remboursement des honoraires, rémunérations et frais accessoires. Cette disposition est analogue à l'application des tarifs d'autorité aux professionnels libéraux qui exercent en dehors du système conventionnel.

Le **1°** du **II** conditionne, lui, la subvention dite « Teulade » au conventionnement avec l'assurance maladie.

---

*professionnels définis par les conventions applicables aux médecins, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes, aux auxiliaires-médicaux et aux directeurs de laboratoires, au plus tard six mois après la conclusion ou la modification de ces conventions.*

*(1) Cette subvention est versée par les CPAM aux centres de santé et vise à rembourser à l'employeur 11,5 % de la rémunération brute des praticiens et auxiliaires médicaux salariés du centre de santé.*

- L'article étend aux centres de santé adhérant à l'accord national la procédure de déconventionnement d'urgence prévue pour les professionnels de santé libéraux lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier (4° du II). Cette procédure permet à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de suspendre rapidement les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Outre un amendement rédactionnel et un amendement de clarification rédactionnelle de la commission, le Sénat a adopté deux amendements de fond.

- Le premier, adopté à l'initiative de la commission et sous-amendé par le Gouvernement, renforce la portée réputationnelle des sanctions financières susceptibles d'être prononcées par le directeur général de l'ARS à l'encontre des gestionnaires de centres de santé ne respectant pas la réglementation.

Il donne au directeur général la possibilité de mettre le gestionnaire en demeure de publier les décisions de sanction financière le concernant sur le site internet du centre de santé en cause, lorsque ce site existe, ainsi que sur les plateformes de prise de rendez-vous médicaux et sur le site internet de toute autorité sanitaire publique qui apparaîtra adaptée.

- Le second amendement, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement à l'initiative de la commission ainsi que de Mme Nadia Sollogoub et des membres du groupe Union Centriste, augmente de trois à six mois le délai accordé aux centres de santé encore non adhérents à l'accord national avec l'assurance maladie pour y adhérer.

## **3. La position de la commission**

- Le rapporteur général souscrit à l'ensemble des dispositions adoptées au Sénat, et tout particulièrement au renforcement de la portée réputationnelle des sanctions financières à l'encontre des gestionnaires de centres de santé ne respectant pas la réglementation.

Il propose donc le maintien de l'article dans la rédaction du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*



*Article 41 quinquies*

**Expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du Gouvernement, de trois amendements identiques portés par la commission, M. Philippe Vigier et les membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ainsi que Mme Stéphanie Rist et les membres du groupe La République en Marche.

Il permet d'expérimenter, pour une durée de trois ans et dans six départements, l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes – c'est-à-dire sans prescription médicale – dans le cadre des structures d'exercice coordonné <sup>(1)</sup>.

L'article précise qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

En séance publique le Sénat a adopté un amendement visant à encadrer davantage les conditions de réalisation de l'expérimentation ainsi qu'un amendement, lui-même sous-amendé, visant à modifier le périmètre de l'expérimentation.

● L'amendement visant à encadrer davantage les conditions de réalisation de l'expérimentation a été adopté à l'initiative de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement :

– il prévoit que le décret fixant les modalités de l'expérimentation devra être pris en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine ;

– il rappelle que, dans le cadre de l'expérimentation, les masseurs-kinésithérapeutes auront bien accès au dossier médical partagé dans les conditions prévues au III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique, à savoir sous réserve du consentement du patient ;

– il prévoit la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation.

---

(1) À savoir les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

- La modification du périmètre de l'expérimentation résulte de l'adoption, contre l'avis du Gouvernement, d'un amendement porté par Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, modifié par un sous-amendement adopté à l'initiative de M. Dominique Théophile et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

La disposition adoptée prévoit que l'expérimentation aura lieu dans six départements au moins répartis ainsi : cinq départements situés au sein d'une même région et au moins un département d'outre-mer.

### 3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de rétablir l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale, en conservant deux des dispositions ajoutées au Sénat :

- la remise d'un rapport au Parlement avant l'éventuelle généralisation de l'expérimentation. Un tel rapport est, en effet, de nature à améliorer l'information du législateur ;

- la précision selon laquelle le décret fixant les modalités de l'expérimentation sera pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine. En revanche, le recours à un décret d'application en Conseil d'État, et non plus à un décret simple, est de nature à inutilement retarder la mise en œuvre de l'expérimentation.

Le rapporteur général n'est pas favorable aux autres dispositions adoptées au Sénat, pour les raisons suivantes :

- la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'avoir accès au dossier médical partagé est d'ores et déjà prévue par l'article 41 *quinquies*. Le III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique – qui prévoit le consentement des patients – s'appliquant à tout professionnel de santé participant à la prise en charge d'une personne, il s'appliquera bien aux masseurs-kinésithérapeutes parties prenantes à l'expérimentation ;

- la limitation du périmètre de l'expérimentation à une seule région ne permettra pas d'avoir une vision suffisamment représentative et d'évaluer au mieux l'opportunité de généraliser l'expérimentation à l'ensemble du territoire ;

- quant à l'inclusion d'un département ultramarin, le rapporteur y est favorable sur le fond mais considère que cela sera prévu par la voie réglementaire, dans la mesure où le Gouvernement s'est engagé, en séance publique au Sénat, à inclure un département d'outre-mer dans l'expérimentation.

- La commission a adopté un amendement de rédaction globale du rapporteur général rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale tout en conservant les avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine sur le projet de décret. De manière à ne pas retarder l'entrée en vigueur

de l'expérimentation, l'amendement adopté prévoit que si ces avis n'ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine, ils sont réputés avoir été rendus.

\*

\* \*

#### *Article 41 sexies*

### **Expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du Gouvernement, de trois amendements identiques portés par la commission, M. Philippe Vigier et les membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ainsi que Mme Stéphanie Rist et les membres du groupe La République en Marche.

Il permet d'expérimenter, pour une durée de trois ans et dans six départements, l'accès direct aux orthophonistes – c'est-à-dire sans prescription médicale – dans le cadre des structures d'exercice coordonné <sup>(1)</sup>.

L'article précise qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement visant à encadrer davantage les conditions de réalisation de l'expérimentation ainsi qu'un amendement visant à modifier le périmètre de l'expérimentation.

• Il s'agit d'une part d'une précision similaire à celle apportée à l'article 41 *quinquies*. Cet amendement :

---

(1) À savoir les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

– prévoit que le décret fixant les modalités de l'expérimentation devra être pris en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine ;

– il rappelle que, dans le cadre de l'expérimentation, les orthophonistes auront bien accès au dossier médical partagé dans les conditions prévues au III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique, à savoir sous réserve du consentement du patient ;

– prévoit la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation.

• Il s'agit d'autre part d'une modification du périmètre de l'expérimentation résulte de l'adoption, avec un avis de sagesse du Gouvernement, d'un amendement porté par M. Dominique Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

La disposition adoptée prévoit toujours que l'expérimentation aura lieu dans six départements mais elle précise que l'un de ces départements, au moins, est un département d'outre-mer.

### 3. La position de la commission

• Pour les mêmes raisons que celles précédemment évoquées à l'article 41 *quinquies*, le rapporteur général propose de rétablir l'article 41 *sexies* dans la rédaction de l'Assemblée nationale, en ne conservant que deux des dispositions ajoutées au Sénat, à savoir la remise d'un rapport au Parlement ainsi que la précision selon laquelle le décret fixant les modalités de l'expérimentation sera pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine.

• La commission a adopté un amendement de rédaction globale du rapporteur général rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale tout en conservant les avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine sur le projet de décret. De manière à ne pas retarder l'entrée en vigueur de l'expérimentation, l'amendement adopté prévoit que si ces avis n'ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine, ils sont réputés avoir été rendus.

\*

\* \*

*Article 41 septies*

**Mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

**1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du Gouvernement, d'un amendement de la commission, initialement porté par Mme Stéphanie Rist.

Il permet à l'État, à titre expérimental, pour une durée de trois ans et au sein de six départements, d'autoriser le financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) des frais occasionnés par la promotion et la mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale », au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

Pour rappel, ce guide consiste en un référentiel de bonnes pratiques à l'usage des médecins qui sont amenés à demander ou à réaliser des examens d'imagerie médicale. Il a été publié en 2005 par la Société française de radiologie et la Société française de médecine nucléaire, sous l'égide de la Haute Autorité de santé et de l'Autorité de sûreté nucléaire. Mis à jour en 2013, il vise à limiter l'exposition des patients aux rayonnements ionisants, améliorer la qualité des soins, promouvoir l'interdisciplinarité et maîtriser les coûts.

**2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

En séance publique, le Sénat a supprimé cet article, à l'initiative de la commission et avec un avis de sagesse du Gouvernement, au motif, d'une part, qu'il n'était pas nécessaire d'organiser une campagne d'information spécifique et, d'autre part, que l'article ne relevait pas du domaine de la loi.

**3. La position de la commission**

• Si les campagnes d'information peuvent être prévues par la voie réglementaire, elles peuvent aussi relever de la loi, comme le montrent les articles de nature législative prévoyant la mise en place de campagnes dans le cadre de la

prévention de l'obésité et du surpoids <sup>(1)</sup> ou dans le cadre de la prévention de l'alcoolisme des jeunes <sup>(2)</sup>.

La promotion du guide du bon usage des examens d'imagerie médicale et son accès gratuit au sein de l'espace numérique des médecins généralistes est de nature à renforcer la pertinence des examens par imagerie.

Le rapporteur général laisse donc le soin à l'auteur de l'amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale de rétablir l'article 41 *septies*.

● À l'initiative de Mme Stéphanie Rist et des membres du groupe La République en Marche, la commission a adopté un amendement de rétablissement de cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

#### *Article 41 octies*

### **Expérimentation de la primo-prescription par les infirmiers exerçant en pratique avancée pour des prescriptions médicales obligatoires**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du rapporteur général, de deux amendements identiques du Gouvernement et de Mme Sereine Mauborgne et les membres du groupe La République en Marche.

Il ouvre, à titre expérimental et pour trois ans, dans trois régions, aux infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA) la primo-prescription pour des prescriptions médicales obligatoires, ce qui ne leur est aujourd'hui pas autorisé.

#### **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

En séance publique, le Sénat a adopté, avec un avis de sagesse du Gouvernement, un amendement présenté par M. Dominique Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

---

(1) Article L.3232-3 du code de la santé publique.

(2) Article L. 3311-3 du code de la santé publique.

L'amendement adopté précise que l'une des trois régions dans lesquelles se déroulera l'expérimentation sera une région d'outre-mer.

### 3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de ne pas retenir la disposition adoptée au Sénat et de laisser le soin au pouvoir réglementaire de définir les régions dans lesquelles l'expérimentation sera la plus pertinente.

Il propose donc de rétablir l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

- À l'initiative du rapporteur général ainsi que de Mme Sereine Mauborgne et les membres du groupe La République en Marche, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

#### *Article 42*

### **Généralisation d'expérimentations en santé**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

#### **1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

L'article 42 généralise deux expérimentations menées respectivement depuis 2016 et 2019.

- Dans la continuité de la « Mission : retrouve ton cap » visant à prévenir l'obésité chez les enfants, l'article 42 permet aux centres de santé ainsi qu'aux maisons de santé de mettre en œuvre un parcours spécifique global destiné aux enfants de 3 à 12 ans en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité. Dans la continuité de l'expérimentation menée dans quatre départements depuis 2016, le parcours, conditionné à la prescription du médecin traitant, comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique.

Les modalités d'application de ce dispositif seront fixées par décret en Conseil d'État.