



N° 3710

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 mai 2016.

## PROPOSITION DE LOI

*pour l'avenir de notre système de soins,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Messieurs

Jean-Pierre DOOR, Arnaud ROBINET, Christian JACOB, Jean LEONETTI, Bernard ACCOYER, Damien ABAD, Élie ABOUD, Yves ALBARELLO, Nicole AMELINE, Benoist APPARU, Laurence ARRIBAGÉ, Julien AUBERT, Olivier AUDIBERT TROIN, Patrick BALKANY, Jean-Pierre BARBIER, Jacques Alain BÉNISTI, Sylvain BERRIOS, Marcel BONNOT, Jean-Claude BOUCHET, Valérie BOYER, Xavier BRETON, Philippe BRIAND, Bernard BROCHAND, Dominique BUSSEREAU, Olivier CARRÉ, Gilles CARREZ, Yves CENSI, Jérôme CHARTIER, Luc CHATEL, Gérard CHERPION, Guillaume CHEVROLLIER, Alain CHRÉTIEN, Jean-Louis CHRIST, Dino CINIERI, Éric CIOTTI, Philippe COCHET, Jean-François COPÉ, François CORNUT-GENTILLE, Jean-Louis COSTES, Édouard COURTIAL, Jean-Michel COUVE, Marie-Christine DALLOZ, Olivier DASSAULT, Marc-Philippe DAUBRESSE, Bernard DEBRÉ, Jean-Pierre DECOOL, Bernard DEFLESSELLES, Lucien DEGAUCHY, Rémi DELATTE, Patrick DEVEDJIAN, Nicolas DHUICQ, Sophie DION, Julien DIVE, Dominique

DORD, David DOUILLET, Marianne DUBOIS, Virginie DUBY-MULLER, Daniel FASQUELLE, Georges FENECH, François FILLON, Marie-Louise FORT, Yves FOULON, Marc FRANCINA, Yves FROMION, Laurent FURST, Claude de GANAY, Sauveur GANDOLFI-SCHEIT, Hervé GAYMARD, Annie GENEVARD, Guy GEOFFROY, Bernard GÉRARD, Alain GEST, Daniel GIBBES, Franck GILARD, Georges GINESTA, Charles-Ange GINESY, Jean-Pierre GIRAN, Claude GOASGUEN, Jean-Pierre GORGES, Philippe GOSSELIN, Philippe GOUJON, Claude GREFF, Arlette GROSSKOST, Serge GROUARD, Henri GUAINO, Françoise GUÉGOT, Jean-Claude GUIBAL, Jean-Jacques GUILLET, Christophe GUILLOTEAU, Michel HEINRICH, Michel HERBILLON, Antoine HERTH, Patrick HETZEL, Philippe HOUILLON, Guénaël HUET, Sébastien HUYGHE, Denis JACQUAT, Christian KERT, Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET, Jacques KOSSOWSKI, Patrick LABAUNE, Valérie LACROUTE, Marc LAFFINEUR, Jacques LAMBLIN, Jean-François LAMOUR, Laure de LA RAUDIÈRE, Guillaume LARRIVÉ, Charles de LA VERPILLIÈRE, Thierry LAZARO, Alain LEBOEUF, Isabelle LE CALLENNEC, Vincent LEDOUX, Frédéric LEFEBVRE, Marc LE FUR, Pierre LELLOUCHE, Bruno LE MAIRE, Dominique LE MÈNER, Pierre LEQUILLER, Philippe LE RAY, Céleste LETT, Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, Lionnel LUCA, Gilles LURTON, Jean-François MANCEL, Laurent MARCANGELI, Thierry MARIANI, Hervé MARITON, Alain MARLEIX, Olivier MARLEIX, Franck MARLIN, Alain MARSAUD, Philippe Armand MARTIN, Patrice MARTIN-LALANDE, Alain MARTY, Jean-Claude MATHIS, François de MAZIÈRES, Gérard MENUUEL, Damien MESLOT, Philippe MEUNIER, Jean-Claude MIGNON, Pierre MORANGE, Yannick MOREAU, Pierre MOREL-A-L'HUISSIER, Alain MOYNE-BRESSAND, Jacques MYARD, Dominique NACHURY, Yves NICOLIN, Patrick OLLIER, Jacques PÉLISSARD, Bernard PERRUT, Édouard PHILIPPE, Jean-Frédéric POISSON, Bérengère POLETTI, Axel PONIATOWSKI, Josette PONS, Christophe PRIOU, Didier QUENTIN, Frédéric REISS, Jean-Luc REITZER, Bernard REYNÈS, Franck RIESTER, Camille de ROCCA SERRA, Sophie ROHFRIETSCH, Martial SADDIER, Paul SALEN, François SCELLIER, Claudine SCHMID, André SCHNEIDER, Jean-Marie SERMIER, Fernand SIRÉ, Thierry SOLÈRE, Michel SORDI, Éric STRAUMANN, Claude STURNI, Alain SUGUENOT, Michèle TABAROT, Lionel TARDY, Jean-Charles TAUGOURDEAU, Guy TEISSIER, Michel TERROT, Jean-Marie TÉTART, Pascal THÉVENOT, Dominique TIAN, François VANNSON, Catherine VAUTRIN, Patrice VERCHÈRE, Arnaud VIALA, Jean-Sébastien VIALATTE, Jean-Pierre VIGIER, Philippe VITEL, Michel VOISIN, Jean-Luc WARSMANN, Laurent WAUQUIEZ, Éric WOERTH et Marie-Jo ZIMMERMANN,

députés.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

L'organisation du système de santé est un sujet particulièrement sensible car elle a des conséquences très concrètes sur chacun de nos concitoyens. En effet, la préservation de sa santé est pour chacun un bien particulièrement précieux et c'est l'esprit de la Sécurité sociale, notre héritage commun. Elle doit permettre un accès égal aux soins, à des soins de qualité, et pour tous, en application du principe de solidarité.

En vertu de ce principe de solidarité, cette organisation a, également, des incidences collectives particulièrement importantes car elle pèse lourdement sur les comptes sociaux de notre pays. Avec plus de 227 milliards d'euros de dette cumulée, rendre son efficience à l'organisation de la prise en charge de la santé de nos concitoyens est une obligation morale pour les décideurs publics car elle conditionne la pérennité de ce système généreux auquel nous sommes tous attachés.

Le système de santé ne peut pas être réformé une fois pour toutes, il doit être adapté ; mis en cohérence avec son environnement qui évolue. Il s'agit d'un domaine en perpétuel changement qui doit s'adapter notamment à la transformation de la demande de soins. Si, comme le constate Frédéric Bizard, « le XX<sup>e</sup> siècle a signé la victoire sur les maladies infectieuses, le XXI<sup>e</sup> siècle devra marquer celle sur les maladies chroniques ». Il devra également intégrer harmonieusement le vieillissement de la population dans notre société et permettre pour tous, l'accès aux nouvelles innovations thérapeutiques. On l'a vu avec l'arrivée du Sovaldi, traitement qui guérit l'hépatite C, l'innovation a un coût, il faut trouver comment le financer en tirant les conséquences organisationnelles des économies qu'il engendre par ailleurs.

Dans ce contexte, la discussion de la loi dite « de modernisation du système de santé » est non seulement un rendez-vous raté, puisqu'elle ne répond pas aux enjeux posés par cet état de fait, mais, de surcroît, elle laissera des séquelles profondes dans le monde de la santé. On ne réforme pas un système contre ceux qui le font vivre et en sont les pierres angulaires, c'est au minimum contre-productif, et au pire délétère.

La généralisation contraignante du tiers-payant, mesure phare portée par la ministre comme la solution miracle contre le non-recours aux soins en est l'exemple parfait. Tout d'abord, elle ne résoudra pas les problèmes d'accès aux soins : les personnes les plus fragiles, éligibles à la CMU-C ou

à l'ACS ont déjà droit au tiers-payant. Pour les autres, on sait que les éventuelles difficultés d'accès aux soins viennent surtout de la difficulté de trouver un médecin dans un certain nombre de spécialités et sur certains territoires, ou concernent surtout les soins dentaires et les lunettes qui sont très peu pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : il est donc mensonger de faire croire à nos concitoyens que le tiers-payant apportera des solutions à leurs difficultés sans modifier les niveaux de remboursement...

En outre, en obligeant les médecins déjà surchargés de tâches administratives, à gérer, en plus du reste, le recouvrement du paiement de leur consultation, on empiète encore plus sur leur temps médical disponible au détriment ... de leurs patients !

Mettre en œuvre une telle usine à gaz, dont personne n'a estimé le coût, est particulièrement malvenu et tout à fait contraire à l'intérêt des professionnels de santé, tout comme celui des malades.

Nous considérons que notre système repose sur deux piliers complémentaires que sont l'hôpital et la médecine de ville et faisons le constat, qui est très partagé, qu'il faut recentrer l'hôpital, qui coûte très cher sur son cœur de métier, la médecine de pointe et l'excellence, et redonner toute sa place à la médecine de ville comme service de proximité.

Le monde libéral, violenté par la discussion de la loi santé ne doit pas être enfermé dans un carcan de réglementation. Il doit retrouver toutes les marges de manœuvre nécessaires à l'expression de sa créativité dans la recherche de solutions innovantes et souples, en réponse aux difficultés rencontrées, que ce soit l'accès aux soins des plus démunis, la démographie médicale, la coopération entre les professionnels médicaux et paramédicaux, la complémentarité entre le secteur d'hospitalisation public et le secteur privé. Toute tentative d'enfermement de la médecine de ville dans un carcan administratif est vouée à l'échec et obère les capacités d'adaptation et d'innovation de notre système de santé. Notre système de santé est unique au monde parce qu'il a réussi à combiner un égal accès à des soins de qualité pour tous, dans un système très solidaire, tout en préservant la totale liberté des soignants et des soignés. C'est ce que nous devons préserver.

L'objet de cette proposition de loi est donc de proposer les aménagements qui apparaissent indispensables pour améliorer à court terme les capacités d'adaptation du système et sa performance au service de nos concitoyens : elle propose donc de rééquilibrer le système en le

« déshospitalisant », d'une part, et en redonnant toute sa place à la médecine de ville. Ces aménagements sont pensés pour rendre notre système plus efficient afin de faire des économies pour faciliter le retour à l'équilibre des comptes et préparer des marges de manœuvre pour le financement des innovations thérapeutiques.

La loi dite de modernisation du système de santé a mis en place une suradministration du système, notamment de la médecine libérale et a marginalisé le secteur privé d'hospitalisation, par rapport au secteur public, faisant naître de nombreuses inquiétudes. Il convient de revenir sur la rédaction de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique qui a été dénaturé. L'**article 1<sup>er</sup>** propose donc d'inscrire dans cet article, de manière explicite, que si la « Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun » et si « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État », l'État respecte le droit du citoyen au libre choix de son professionnel de santé et de son établissement de santé et, pour cela, garantit, ce qui est une des caractéristiques essentielles de notre système de soin qu'il convient de préserver, une mise en concurrence régulée entre les offreurs de soin en ville comme à l'hôpital, dans un souci d'efficience.

L'**article 2** propose de revenir sur la généralisation obligatoire du tiers payant prévu par l'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cet article qui met en œuvre un calendrier très court, même s'il est progressif et par étape, instaure l'obligation à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2017, pour les professionnels de santé de proposer le tiers-payant à leurs patients. Les signataires du présent texte considèrent que le tiers-payant doit rester, ce qu'il est aujourd'hui, facultatif et que cet article doit être abrogé. Rien n'empêche l'assurance maladie et les complémentaires de proposer des solutions techniques pour la mise en place de tiers-payant ciblé pour les populations fragiles (c'est déjà le cas pour les patients qui ont droit à la CMU-C et à l'ACS). Il n'est nul besoin de l'inscrire dans la loi et certainement pas d'en faire une priorité.

La loi dite de modernisation du système de santé est venue réinventer un « service public » monolithique, là où la loi Hôpital, patients, santé et territoires avait introduit de la souplesse en définissant des missions de service public qui pouvaient être assurées, sous certaines conditions, aussi bien par les cliniques privées ou les établissements privés à but non lucratif, que par les hôpitaux publics. La concurrence régulée entre une offre publique et une offre privée est une des composantes particulières du

système français qui a fait la preuve de son efficacité. Exclure de fait les cliniques privées du service public hospitalier est une négation de cette complémentarité. Tout en maintenant la notion de service public hospitalier, qui est vue par les personnels hospitaliers comme une reconnaissance importante d'une certaine spécificité, l'**article 3** rétablit donc, pour les cliniques qui le souhaitent, la possibilité d'exercer des missions de service public, sur le modèle de la loi HPST de 2008.

Alors que l'hôpital public a été profondément transformé par la loi HPST de 2009, l'application de cette loi n'a pourtant pas évité l'écueil de l'enfermer de nouveau, progressivement, dans des normes et des contraintes toujours plus prégnantes. Comment montrer tout le potentiel des nouveaux managers de la santé que sont devenus tant les directeurs d'hôpitaux que les médecins (présidents de CME, chefs de pôles,...) dans un cadre réglementaire aussi rigide et contraint ? Il est donc indispensable de redonner davantage de marges de manœuvre et d'autonomie aux établissements publics et cela pourrait se faire en rapprochant leur statut de celui des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Dans un premier temps, l'**article 4** propose donc une expérimentation pour les établissements qui le souhaitent, en particulier les CHU, de la transformation de leur statut juridique. Cette expérimentation devra être évaluée avant une possible généralisation.

L'**article 5** précise, afin de leur permettre de s'aligner de manière cohérente avec la planification sanitaire territoriale, que la durée des autorisations obligatoirement accordées à tous les établissements de soins par les agences régionales de santé (ARS) ne peut être différente pour les établissements publics et les établissements privés. Elles sont aujourd'hui fixées à dix ans pour les établissements publics et cinq ans pour les établissements privés.

Afin de rééquilibrer le système en sortant de l'hospitalo-centrisme qui le caractérise et qui a été renforcé par les décisions prises ces quatre dernières années, il faut réussir le « virage ambulatoire » dont tout le monde parle et qui ne se concrétise pas. Plus concrètement, les patients doivent être pris en charge et traités majoritairement en ville, l'hospitalisation n'étant que le dernier recours, lorsque le soin n'est pas possible ailleurs parce que les ressources ne sont pas suffisantes. Pour cela, il faut redonner des perspectives à la médecine libérale et renforcer ses moyens d'action et d'organisation. Le médecin libéral travaillant seul dans son cabinet est de moins en moins la norme et les jeunes médecins souhaitent tous travailler en exercice regroupé. Il convient donc de leur

donner les moyens de le faire facilement. Les maisons de santé pluridisciplinaires ont constitué une réponse intéressante à la volonté des médecins de travailler en commun, mais cet outil ne correspond pas à tous les besoins. L'**article 6** crée un nouvel outil qui doit rester très souple, pour être adapté aux situations complexes : les plateformes territoriales d'appui de la médecine libérale. Si les plateformes territoriales d'appui créées par l'article 74 de la loi santé de 2016 sont une intuition intéressante, elles sont construites de telle manière qu'elles ne pourront réussir puisque la médecine libérale ne sera pas au cœur du dispositif. Dès lors, elles ne répondront pas à ce qui devrait être leur vocation première : éviter les hospitalisations inutiles qui ont concerné en 2012, selon des données de la CNAMTS, plus de 5 millions de journées d'hospitalisation.

Si rien n'empêche aujourd'hui les professionnels libéraux de s'organiser, et certains le font, il est important de formaliser de telles plateformes au sein du code de la santé afin que, dans un second temps, dans le cadre de la convention médicale ou du fonds d'intervention régional (FIR), ces organisations puissent bénéficier de financements dédiés leur permettant de mener à bien les actions de coordination et de régulation pour lesquelles un service logistique attendant pourrait être mis en place.

L'**article 7** rend plus souple la création des communautés professionnelles territoriales de santé créées par la loi santé de 2016 qui constituent une autre forme d'organisation pluridisciplinaire, apte à répondre, dans le champ ambulatoire, aux besoins de prise en charge de la population. En effet, ces communautés si l'on souhaite, qu'elles soient réellement efficaces et adaptées, doivent être issues de projets venant du terrain et de la volonté des professionnels de santé, et surtout ne pas être dictées « d'en haut » par les ARS.

Enfin, le virage ambulatoire ne sera réellement pris que si on étend les prérogatives hospitalières, en enseignement et en recherche, aux centres ambulatoires de ville qui doivent pouvoir devenir en plus de centres de soins, des lieux de recherche et d'enseignement. Une telle mesure permettrait d'adapter la formation des étudiants en médecine qui est aujourd'hui essentiellement tournée vers l'hôpital, y compris pour les futurs médecins généralistes, en leur permettant de découvrir l'exercice libéral. On le sait bien, c'est la découverte de l'exercice libéral, y compris dans les zones où la démographie médicale est en baisse, qui fait naître des « vocations » et génère des installations. C'est la raison pour laquelle, les **articles 8** et **9** créent des centres ambulatoires universitaires dans lesquels pourront être organisés les enseignements publics médical et

post-universitaire, notamment pour les futurs médecins généralistes qui prendraient ainsi toute leur place de spécialité médicale dédiée aux soins primaires ambulatoires.

En outre, comme le préconise l'ordre de médecins, l'**article 8** propose une régionalisation des épreuves classantes nationales (ECN). Ces épreuves, qui clôturent le second cycle des études de médecine, permettent aux étudiants de choisir leur centre hospitalier universitaire d'affectation et leur spécialité. Il remplace donc ces épreuves par des épreuves interrégionales, organisées dans cinq grandes « interrégions » : Île-de-France, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Sud-Est et Nord-Est et les places seraient définies pour chaque spécialité en fonction des besoins démographiques de la région.

La iatrogénie médicamenteuse est un fléau : à l'origine d'incidents médicaux majeurs, elle est la cause d'hospitalisations, voire de décès. Il s'agit d'un enjeu décisif en matière de santé publique. Actuellement, les médecins ont accès à l'historique de remboursement de médicaments par l'assurance maladie. L'**article 10** autorise les pharmaciens qui délivrent ces médicaments à y avoir également accès.

Enfin, malgré les progrès majeurs de ces dernières années en matière d'espérance de vie pour nos concitoyens, notre pays n'est pas bien positionné sur le plan qualitatif, en termes de « vieillissement en bonne santé ». Cela signifie que si nous pouvons nous réjouir de voir l'espérance de vie de nos concitoyens s'allonger toujours plus, grâce aux progrès de la médecine, ces années supplémentaires s'accompagnent de maladies chroniques et handicaps plus longs qui affectent gravement la qualité de vie des Français. On le sait pourtant, beaucoup de pathologies sont évitables ou pourraient être largement repoussées, ce que ne parvient pas à faire notre système beaucoup trop « curativo-centré ». Il faut transformer nos politiques publiques pour les rendre aptes à favoriser le maintien en bonne santé de nos concitoyens. Renverser la perspective, en passant du tout curatif, à une approche plus globale. La mise en place d'un vrai parcours de prévention doit en devenir une composante. L'**article 11** prévoit donc que le Gouvernement remettra au Parlement, dans un délai d'un an, à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conditions dans lesquelles pourrait être mis en place un véritable parcours de prévention, pris en charge par l'Assurance maladie. Ce parcours pourrait donner lieu à la signature d'un contrat de prévention signé par l'assuré qui s'engagerait ainsi à être pleinement acteur de son maintien en bonne santé.

## PROPOSITION DE LOI

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

- ① Après le troisième alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La politique de santé est fondée sur la recherche de l'efficacité et sur une concurrence régulée par l'État entre les offreurs de services de santé, destinée à permettre le libre choix par le patient de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, garanti par l'article L. 1110-8. »

### Article 2

- ① I. – Les I, II, VI et VII de l'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sont abrogés.
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Les articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 sont abrogés ;
- ④ 2° À l'article L. 162-21-1, les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 » sont supprimés ;
- ⑤ 3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » sont supprimés.

### Article 3

- ① Le chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 6112-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Les mots : « Le service public hospitalier exerce » sont remplacés par les mots :

- ④ « I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier exercent » ;
- ⑤ *b)* Cet article est complété par quinze alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « II. – Les établissements de santé privés associés au service public hospitalier peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :
- ⑦ « 1° La permanence de soins ;
- ⑧ « 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- ⑨ « 3° L’enseignement universitaire et post-universitaire ;
- ⑩ « 4° La recherche ;
- ⑪ « 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- ⑫ « 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- ⑬ « 7° Les actions d’éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- ⑭ « 8° L’aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- ⑮ « 9° La lutte contre l’exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l’insertion et de la lutte contre l’exclusion et la discrimination ;
- ⑯ « 10° Les actions de santé publique ;
- ⑰ « 11° Une ou plusieurs des missions mentionnées à l’article L. 6111-1-2. »
- ⑱ 2° L’article L. 6112-2 est ainsi modifié :
- ⑲ *a)* Le premier alinéa du I est ainsi modifié :
- ⑳ *i)* Après le mot : « hospitalier » sont insérés les mots : « ou associés à celui-ci » ;

- ⑳ *ii)* Les mots : « qui recourt à leurs services » sont remplacés par les mots : « prise en charge dans le cadre des missions du service public hospitalier » ;
- ㉑ *b)* Au 2° du I, les mots : « la prise en charge par » sont remplacés par les mots : « l'orientation vers » et le mot : « par » est supprimé ;
- ㉒ *c)* Le dernier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ㉓ « Dans les établissements de santé associés au service public hospitalier, le patient bénéficie de ces garanties dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions de service public mentionnées au II de l'article L. 6112-1, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge. »
- ㉔ *d)* Au premier alinéa du III, après le mot : « santé » sont insérés les mots : « assurant le service public hospitalier » ;
- ㉕ 3° L'article L. 6112-3 est ainsi modifié :
- ㉖ *a)* Le 4° est ainsi rédigé :
- ㉗ « 4° Les établissements de santé privés associés au service public hospitalier habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions mentionnées au II de l'article L. 6112-1 » ;
- ㉘ *b)* Au sixième alinéa, les mots : « leur activité » sont remplacés par les mots : « leurs missions de service public hospitalier » ;
- ㉙ *c)* Au huitième alinéa, après la première occurrence du mot : « hospitalier », sont insérés les mots : « ou associés à celui-ci » et les mots : « respecter les obligations du service public hospitalier » sont remplacés par les mots : « assurer les missions correspondantes » ;
- ㉚ 4° Au premier alinéa du I de l'article L. 6112-4, après le mot : « hospitalier » sont insérés les mots : « ou associé à celui-ci » ;
- ㉛ 5° L'article L. 6112-5 est abrogé ;
- ㉜ 6° Après le mot : « hospitalier », la fin de l'article L. 6112-6 est ainsi rédigée : « ou est associé à celui-ci en application de l'article L. 6112-1 » ;

- ③ 7° L'article L. 6112-9 est abrogé.

#### **Article 4**

- ① À titre expérimental, à compter de la publication du décret d'application prévu au deuxième alinéa, les établissements publics de santé volontaires mentionnés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique peuvent demander à adopter un statut d'association ou de fondation pour acquérir une meilleure autonomie de gestion et être soumis aux règles applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif gérés par les personnes morales de droit privé mentionnés à l'article L. 6161-5 du même code pendant une durée de cinq ans.
- ② Un décret détermine les modalités de désignation des établissements volontaires, les modalités de transformation de leur statut juridique, ainsi que les conditions d'emploi de leurs personnels et de continuité de leur participation au service public hospitalier.
- ③ Six mois avant le terme de cette expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport évaluant ses résultats et détaillant les mesures qu'il se propose de prendre pour les établissements concernés et les autres établissements publics de santé.

#### **Article 5**

- ① Le premier alinéa de l'article L. 6122-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase est complétée par les mots : « , sans considération du caractère public ou privé de l'établissement de santé concerné. » ;
- ③ 2° Les deux dernières phrases sont supprimées.

#### **Article 6**

- ① I. – Le chapitre VII du titre III du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 6327-1 est ainsi rédigé :

- ③ « Art. L. 6327-1. – I. – Les plateformes territoriales d'appui de la médecine libérale peuvent organiser la prise en charge globale des patients relevant de parcours de santé complexes, lorsque leur état de santé, leur handicap ou leur situation sociale rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours de santé complexe.
- ④ « Ces plateformes peuvent également participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre de la convention prévue au II.
- ⑤ « II. – Les plateformes territoriales d'appui sont créées par convention conclue entre les professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, ainsi que, le cas échéant, les autres personnes appelées à participer aux actions prévues par la convention.
- ⑥ « La convention définit les missions, les engagements et les apports des différents signataires.
- ⑦ « Elle est compatible avec les orientations du schéma régional établi en application du 2° de l'article L. 1434-2.
- ⑧ « Elle est transmise pour information à l'agence régionale de santé.
- ⑨ « III. – Peuvent également participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plateformes territoriales d'appui :
- ⑩ « 1° Les établissements de santé autorisés à assurer un service d'hospitalisation à domicile ou de soins infirmiers à domicile ;
- ⑪ « 2° Les équipes de soins primaires prévues par l'article L. 1411-11-1 ;
- ⑫ « 3° Les communautés professionnelles territoriales de santé prévues par l'article L. 1434-12 ;
- ⑬ « 4° Les réseaux de santé prévus par l'article L. 6321-1 ;
- ⑭ « 5° Les centres de santé prévus par l'article L. 6323-1 ;
- ⑮ « 6° Les maisons de santé prévues par l'article L. 6323-3 ;
- ⑯ « 7° Les pôles de santé prévus par l'article L. 6323-4.

- ⑰ 2° L'article L. 6327-2 est ainsi rédigé :
- ⑱ « Art. L. 6327-2. – Le recours à la plateforme territoriale d'appui est déclenché par le médecin traitant du patient, ou un autre médecin avec l'accord du médecin traitant.
- ⑲ « La plateforme territoriale d'appui assure un service de régulation, en répondant aux demandes d'information, de conseil et d'orientation des patients et de coordination du parcours de santé complexe. »
- ⑳ II. – Le *j* du 2° de l'article L. 1431-2 est supprimé.

### **Article 7**

Le dernier alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique est supprimé.

### **Article 8**

- ① Le titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du 2° du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, les mots : « ; ce nombre tient » sont remplacés par les mots : « ainsi que leur répartition par subdivision territoriale ; ce nombre et cette répartition tiennent » ;
- ③ 2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 632-1 est complétée par les mots : « et, sous leur supervision, par les centres ambulatoires universitaires auxquels ils sont associés par convention. » ;
- ④ 3° Le quatrième alinéa de l'article L. 632-2 est ainsi modifié :
- ⑤ a) La première phrase est complétée par les mots : « et centre ambulatoire universitaire associé. » ;
- ⑥ b) À la seconde phrase, le mot : « nationales » est remplacé par les mots : « de la subdivision territoriale » ;
- ⑦ 4° À la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 632-5, après le mot : « convention », sont insérés les mots : « , soit dans les centres ambulatoires universitaires associés ».

## Article 9

- ① L'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ③ 2° Cet article est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ④ « II. – Un centre ambulatoire universitaire est un centre de santé où, dans le respect des patients, sont organisées la formation médicale universitaire et post-universitaire et, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche et les enseignements paramédicaux en matière de soins ambulatoires.
- ⑤ « Une convention tripartite entre le centre ambulatoire universitaire, un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine et l'agence régionale de santé organise la participation du centre ambulatoire universitaire aux études médicales théoriques et pratiques.
- ⑥ « Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres ambulatoires universitaires sont fixées par décret en Conseil d'État. »

## Article 10

- ① Après l'article L. 162-16-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-3-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 162-16-3-2.* – Les pharmaciens peuvent, à l'occasion de la délivrance d'un médicament et sous les conditions prévues à l'article L. 161-31, consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Dans ce cas, ils en informent préalablement le patient. Le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au pharmacien d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L. 161-31.
- ③ « Le relevé des données mis à la disposition du pharmacien contient les informations nécessaires à l'identification des actes, produits ou prestations pris en charge pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé, au regard notamment des listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 165-1 et L. 162-17. Il comporte également le code

prévu pour les identifier dans ces listes, le niveau de prise en charge et, pour les patients atteints d'une affection de longue durée, les éléments constitutifs du protocole de soins mentionné au septième alinéa de l'article L. 324-1. Il ne contient aucune information relative à l'identification des professionnels de santé prescripteurs.

- ④ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les modalités d'application du présent article. »

### **Article 11**

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de mise en place d'un parcours de prévention en matière de santé tout au long de la vie, pris en charge par les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie, donnant lieu à la signature d'un contrat de prévention conclu entre l'organisme compétent et l'assuré s'engageant à être acteur de son maintien en bonne santé.

### **Article 12**

- ① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.