

Le 28 mars 2011

*Commission des affaires sociales*

**Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST (3238)**

**Amendements reçus par la commission**

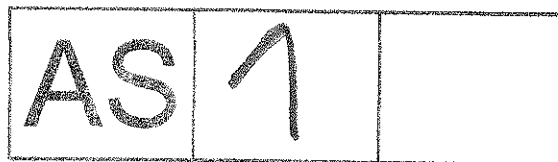
**Liasse 1/2**

*Le rapporteur n'est pas soumis au délai de dépôt*

# PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI HPST (N° 3238)

Amendement présenté par

Jean Leonetti et Yves Bur



## Article 14

***Supprimer cet article***

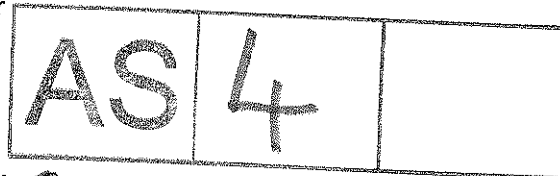
### Exposé des motifs

Alors que les sénateurs ont rétabli les GCS « établissement de santé » (initialement supprimés par la commission des affaires sociales du Sénat), le parallélisme des formes n'est pas respecté pour les GCSMS : l'article 14 de la PPL interdit toujours aux GCSMS d'être érigés en établissement social ou médico-social.

Or, à l'instar des GCS établissement de santé, il existe également des GCSMS « établissement social et médico-social ». Il est donc proposé d'en tenir compte, en supprimant l'article 14 de la PPL, afin de ne pas compromettre les coopérations médico-sociales existantes.

## PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI HPST (N° 3238)

Amendement présenté par  
Jean Leonetti et Yves Bur



Article additionnel après l'article 14A

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 6122-19 – Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les ARS, sur la base du volontariat, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées ».

### Exposé des motifs.

Le régime d'autorisation par appareil en imagerie est devenu un dispositif par exception, qui ne répond pas aux objectifs de régulation attendus.

On constate en effet :

- une « sous activité » pour certains équipements, faute de professionnels en nombre suffisant pour les faire fonctionner ;
- à l'inverse, pour certains examens, une « sur utilisation » d'équipements coûteux et inadaptés.

Dans son rapport 2010 sur la sécurité Sociale, la Cour des comptes met également en avant des inégalités persistantes d'équipements entre régions. Il y a ainsi une IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Ile de France, contre une IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de la Loire.

A terme, ces phénomènes conjugués avec une baisse prévisionnelle des effectifs de professionnels (- 25 % d'après l'Observatoire National des Professions de Santé à horizon 2025) s'avèrent préoccupants. Ils illustrent la nécessité de rechercher à modifier le régime d'autorisation, afin de mieux répondre aux objectifs sanitaires.

Proposition : organiser un dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie.

Cela aurait l'avantage d'instaurer une régulation « raisonnable », s'appuyant sur la volonté :

- de dépasser le clivage ville/ hôpital en exploitant mieux leurs complémentarités ;
- d'optimiser l'utilisation des installations de manière à répondre aux besoins définis dans les différents plans de santé publique (Plan cancer et prise en charge des AVC notamment).

Le dispositif envisagé répondrait aux préoccupations exprimées par les professionnels, dans la mesure où il correspond aux propositions faites par la Fédération Nationale des Médecins

Radiologues (FNMR), la Société Française de Radiologie (SFR) et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH) de constituer des Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM). Fondé sur un projet médical commun, le POSIM vise à assurer le fonctionnement d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante, mutualisé, tout en assurant la radiologie de proximité.

Le dispositif permettrait également aux radiologues publics de bénéficier de rémunérations attrayantes, en fonction de leur activité, qui serait décomptée de leur temps hospitalier. Ceci contribuerait à leur fidélisation et au-delà, à l'attractivité des carrières hospitalières. Des expérimentations de rémunération des médecins radiologues dérogoires aux statuts de PH et de médecins hospitalo-universitaires pourront être mises en oeuvre sur décision du Directeur d'ARS.

Un cadre expérimental et un accompagnement spécifique s'avèrent nécessaires pour résoudre les difficultés auxquelles les coopérations actuellement mises en oeuvre se heurtent, tant du fait des distorsions de tarification entre secteurs, que des différences de statuts des professionnels impliqués.

# PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI HPST (N° 3238)

Amendement présenté par

Jean Leonetti et Yves Bur



## Article additionnel après l'article 16.

Insérer l'article suivant :

L'article 124 de la loi HPST est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa du 8° du I est ainsi rédigé :

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Les projets sont déposés pendant des périodes définies chaque année par les autorités qui délivrent l'autorisation ;

2° Les cinquième et sixième alinéas du même 8° du I sont supprimés ;

3° Au dernier alinéa du même 8° du I, après le mot : « projets », sont insérés les mots : « par la commission de sélection et »

4° Le 10° du I est supprimé.

## Exposé des motifs.

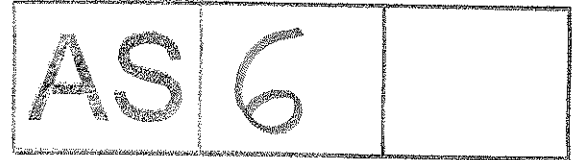
Tout en gardant la procédure d'autorisation des établissements et services dans le secteur social et médico-social, la FHF propose de supprimer la procédure d'appel à projet par souci de simplification. En effet, cette procédure, très compliquée risque de ralentir très fortement les créations de places dans le secteur social et médico-social où pourtant les besoins à couvrir sont encore très importants. En outre, cette procédure introduit une distorsion de concurrence entre les opérateurs privés et les opérateurs publics. En effet, ces derniers, soumis aux règles et délais de publication du code des marchés publics, ne seront pas en capacité de répondre dans les délais impartis par les cahiers des charges.

Proposition : définir par décret les modalités de réception et d'examen des projets par la commission de sélection et par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations sans procédure trop contraignante liée à un cahier des charges mais en laissant les opérateurs présenter librement leurs projets lors de périodes pré définies par les autorités qui délivrent l'autorisation.

# PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI HPST (N° 3238)

Amendement présenté par

Jean Leonetti et Yves Bur



Article 9

Rétabli ainsi : ~~Article 20 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009~~  
~~de l'article 9 :~~ l'article 9 :

L'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les statuts des fondations hospitalières sont approuvés par décret. » ;

2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Les fondateurs de la fondation hospitalière ont la majorité des sièges au conseil d'administration de la fondation et le directeur général de l'agence régionale de santé exerce un contrôle sur les fonds affectés à la fondation par le ou les établissements publics de santé. Un décret en conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. Il fixe les règles générales de création et de fonctionnement des fondations hospitalières en tenant compte de leur spécificité, ainsi que les modalités du contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé sur ces fondations et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation. »

## Exposé des motifs.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé les fondations hospitalières au travers de l'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique.

La création des fondations hospitalières poursuit trois objectifs :

1. promouvoir et favoriser la recherche médicale en France au travers des établissements publics de santé, notamment en favorisant le transfert de crédits privés vers la recherche publique ;
2. réduire et mieux contrôler les associations loi 1901 gravitant autour de la recherche publique au sein des établissements publics de santé ;
3. proposer aux établissements publics de santé un outil adapté et pertinent visant à leur permettre de concourir aux missions de service public en matière de recherche définies par la loi (L. 6112-1 du CSP).

La loi a laissé le soin à un décret en Conseil d'État de fixer, pour les fondations hospitalières, leurs règles générales de fonctionnement ainsi que diverses autres mesures d'application. Toutefois, le Conseil d'État a considéré que la rédaction de l'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique ne permettait pas aux fondations hospitalières de s'affranchir des règles applicables aux fondations reconnues d'utilité publiques (FRUP) à l'exception du champ d'application du décret.

Aussi, en l'état, la rédaction des dispositions législatives afférentes aux fondations hospitalières posent les difficultés opérationnelles suivantes :

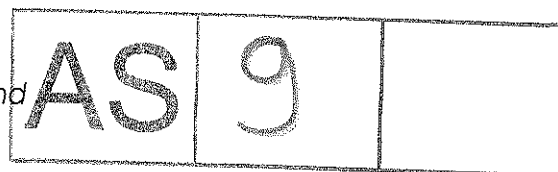
1. Mise en place d'une gouvernance inadaptée qui ne permet pas aux décideurs hospitaliers de conserver le contrôle de la recherche qui s'effectuerait au travers de leurs établissements : les créateurs perdent le contrôle et la gestion de la fondation créée (principe général du droit des FRUP) ;
2. Procédure de création inutilement complexe (acquisition de la personnalité morale et reconnaissance d'utilité publique accordée par décret en Conseil d'État sur le rapport du ministre chargé de la santé) ;
3. Outil juridique dépourvu de pertinence ou de valeur ajoutée dans le paysage des fondations déjà existantes ; les établissements opteraient soit pour des fondations moins complexes et moins lourdes à constituer, telles que les FCS, soit pour des FRUP *stricto sensu*.

Il est donc proposé de compléter la base législative existante relative aux fondations hospitalières, afin de satisfaire pleinement aux objectifs de recherche, de contrôle et de gouvernance, préalables à la mise en œuvre adéquate de ces nouvelles structures.

Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Amendement N°2

Présenté par Jean-Marie Rolland



Article additionnel après l'article 3 bis

Après l'article 3 bis, il est inséré un article additionnel :

~~« Le premier alinéa du X de l'article 1 de la loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est rédigé comme suit :~~

*L'article L. 6161-9 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

Art. L. 6161-9. – Un établissement de santé mentionné aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peut recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés d'une redevance.

Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux missions de service public et aux activités de soins de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées par l'article L. 6112-3 pour les missions de service public.

Lorsque les professionnels médicaux libéraux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires exercent dans les établissements visés au premier alinéa, lesdits établissements signent un avenant au contrat prévu à l'article L. 6114-1 du Code de la Santé Publique auquel sont appelés à la signature les praticiens concernés.

Les conditions d'application du présent alinéa et les dispositions transitoires pour les contrats en cours à la date de promulgation de la présente loi sont fixées par décret. »

### EXPOSÉ DES MOTIFS

Lors de l'examen par le Conseil d'Etat du projet de décret relatif à la coopération souhaitée par le législateur dans les établissements de santé entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, il est apparu que la base légale apportée par la Loi dite HPST était insuffisante pour :

- Tenir compte de l'applicabilité à ces collaborations des dispositions d'encadrement tarifaire rassemblées sous l'expression de « secteur optionnel »,
- Intégrer des dispositions transitoires, pour organiser l'articulation entre les contrats d'exercice en vigueur à la date de promulgation de la Loi HPST et les nouvelles dispositions.

Tel est l'objet rédactionnel du présent amendement qui a pour vocation d'améliorer la



qualité de la loi mais aussi d'apporter des assouplissements de composition des équipes médicales, associant salariat et exercice libéral dans les mêmes établissements de santé.

Pars ailleurs, l'objet du présent amendement permet d'organiser une adaptation des dispositions pour quelques établissements de santé en situation très spécifique : onze établissements de santé adhérents de la FEHAP fonctionnent avec des professionnels médicaux libéraux tout en étant inscrits dans une échelle publique des tarifs qui a été établie dans des circonstances historiques particulières, en lien avec les ARH [Regroupement d'établissements ex-DG et ex-OQN privés non lucratifs précédemment en « prix de journée préfectoral » (PJP)].

Or, les professionnels médicaux libéraux exerçant dans ces établissements peuvent être autorisés à demander des dépassements d'honoraires. Les établissements de santé ne peuvent – du fait du statut libéral et de l'attente conventionnelle d'un secteur optionnel – interférer sur l'exercice de cette faculté qui peut être géré avec la faculté d'une prise en charge tierce, par des assurances complémentaires en santé. Cette faculté est indispensable pour ces onze établissements et leur communauté médicale libérale si l'on prend en compte en comparaison sur un même territoire :

La faculté des praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé de demander des dépassements d'honoraires dans le cadre de leur activité libérale ;

La faculté identique des médecins libéraux dans des établissements privés ex-OQN voisins.

Ces dispositions sont encadrées par l'avant dernier alinéa de la proposition d'amendement, permettant la conclusion d'un avenant au CPOM entre l'établissement et l'ARS qui pourra définir les proportions garanties d'exercice en tarif opposable des médecins libéraux, dans le cadre de ces établissements dans une situation historique particulière. D'une certaine manière, ce dispositif spécifique pourrait se présenter comme un vivier expérimental, plus largement de la conjugaison équilibré entre pratique médicale libérale et des restes à charge maîtrisés ou encadrés, voire annulés grâce à l'intervention adaptée des assurances complémentaires de santé.

**Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

Amendement N°3

Présenté par Jean-Marie Rolland

Article ~~14~~ 14A

AS	10	
----	----	--

14A

L'article ~~14~~ est ainsi rédigé :

I - L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un 4° ainsi rédigé : « 4° Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins au sens de l'article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres.

*Cette ou ces autorisations peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres ou par le groupement lui-même dans les conditions définies par la convention constitutive. Quelque soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire, d'une autorisation d'activité de soins, le membre du groupement initialement autorisé demeure titulaire de cette autorisation sanitaire et seul responsable de son exploitation.*

*Par dérogation aux dispositions ci-dessus, et dans le cas visé au 4<sup>ème</sup> alinéa de l'article L6133-7, un groupement de coopération sanitaire de droit privé peut être titulaire d'une autorisation sanitaire précédemment exploitée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire établissement de santé composé de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé».*

### EXPOSÉ DES MOTIFS

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués en avril 1996 afin de favoriser et de développer les coopérations inter-hospitalières public/privé. Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, six catégories différentes de groupements de coopération sanitaire avaient été créés, illustrant le caractère polyvalent de cet instrument de coopération. Dans un esprit de clarification et de simplification, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a réduit à deux le nombre de catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C. santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7).

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Pourtant, plusieurs agences régionales de l'hospitalisation se sont opposées, avant la constitution

des agences régionales de santé, à la constitution de GCS de moyens ayant pour objet de mutualiser des moyens techniques, médico-techniques et humains destinés à permettre l'exercice d'une activité de soins pour laquelle l'un de ses membres était autorisé. Afin, de clarifier l'état du droit des coopérations sanitaires et d'éviter des interprétations divergentes des dispositions législatives relatives aux GCS de moyens, il conviendrait de prévoir expressément qu'un GCS de moyens peut être constitué pour favoriser l'exercice d'une ou plusieurs activités de soins relevant du régime d'autorisation sanitaire, ce GCS constituant alors le cadre juridique d'exercice de l'activité de soins. Bien entendu, le titulaire de la ou des autorisations sanitaires d'activités de soins exploitées dans le cadre de ce GCS de moyens demeure pleinement responsable de l'exploitation de sa ou de ses autorisations. Cette rédaction serait conforme aux débats parlementaires intervenus à l'Assemblée Nationale dans le cadre de laquelle la Ministre de la Santé avait clairement indiqué la vocation des GCS de moyens à mutualiser des « moyens de toute nature », ceci incluant les personnels soignants.

Ainsi sans remettre en cause l'esprit de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), cet amendement permettrait de rétablir la possibilité initialement prévue par les textes d'exploitation par les membres du GCS d'une autorisation détenue par l'un de ses membres (GCS de moyens portant sur l'exercice en commun d'une activité de soins ou l'exploitation partagée d'un équipement matériel lourd). Cette explicitation traduirait la lettre et l'esprit des débats parlementaires lors de l'examen du projet de loi HPST. Cette solution alternative permettrait de garantir la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par ailleurs le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, il ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé ainsi que des coopérations avec des professionnels de santé libéraux. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclure de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé, qu'il s'agisse d'établissements de santé gérés par des personnes morales de droit privé ou de professionnels de santé libéraux.

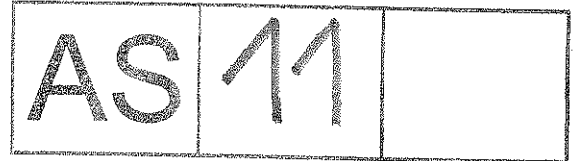
Il conviendrait donc, pour garantir le succès de cet outil de coopération sanitaire d'éviter de recourir au GCS établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés, ce qui ne posera pas de difficultés dès lors que la loi aura clairement autorisé le GCS de moyens à exploiter pour le compte de ses membres une activité de soins dont l'autorisation est détenue par l'un de ses membres.

**Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant  
réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

Amendement N°4

Présenté par Jean-Marie Rolland

Article 14A



14A

L'article 14 est ainsi rédigé :

I – Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par les alinéas ainsi rédigés :

*« Lorsque'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.*

*Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins, composés de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé, érigés en établissement de santé à la date d'entrée en vigueur de la présente disposition, bénéficie d'un droit d'option exercé dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi permettant audit groupement de renoncer au statut de groupement de coopération ayant la qualité d'établissement de santé, et de relever en conséquence de la catégorie des groupements de coopération sanitaire de moyens visés aux deux premiers alinéas du 4° de l'article L6133-1.*

*Lorsque cette option de renoncement est exercée par un ou plusieurs des membres, l'autorisation exploitée par le groupement de coopération sanitaire établissement de santé est attribuée au membre initialement titulaire de celle-ci. Dans le cas où l'autorisation a été initialement accordée au groupement de coopération sanitaire, elle est attribuée à chacun des membres sous réserve qu'ils respectent les conditions techniques d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement prévues au 3° de l'article L 6122-2 du code de la santé publique et dans l'attente, le cas échéant, des nouvelles dispositions issues du schéma régional d'organisation des soins visé à l'article L 1434-9 du code de la santé publique.*

*Lorsque les membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins décident de ne pas exercer leur option de renoncement et de conserver à titre dérogatoire leur statut de groupement de*

*coopération ayant la qualité d'établissement de santé, ils peuvent décider d'opter pour le statut privé dudit groupement de coopération sanitaire par une délibération de l'Assemblée Générale adoptée à la majorité simple. »*

*Il - « Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire autorisés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article L 6133-5 du code de la santé publique, dans la version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, bénéficie du droit d'option et des dispositions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L 6133-7 du code de la santé publique ».*

## **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués en avril 1996 afin de favoriser et de développer les coopérations inter-hospitalières public/privé. Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, six catégories différentes de groupements de coopération sanitaire avaient été créés, illustrant le caractère polyvalent de cet instrument de coopération. Dans un esprit de clarification et de simplification, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a réduit à deux le nombre de catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C. santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7).

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Cette solution garantit la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par contre, le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, le GCS établissement de santé retombe dans le dilemme binaire du statut public ou privé dont le GCS originel issu des ordonnances de 1996 voulait s'affranchir. Le GCS établissement de santé ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé ainsi que des coopérations avec des professionnels de santé libéraux. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres minoritaires, publics ou privés. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclure de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé nouveau, qu'il s'agisse d'établissements de santé gérés par des personnes morales de droit privé ou de professionnels de santé libéraux.

Il conviendrait donc, pour éviter toute dissuasion à l'entrée de partenaires privés ou de professionnels libéraux dans une démarche de GCS, d'exclure le recours au GCS

établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés, ce qui ne pose pas de difficultés dès lors que la loi autorise le GCS de moyens à exploiter pour le compte de ses membres une activité de soins dont l'autorisation est détenue par l'un de ses membres, objet de l'amendement proposé en article 12. L'exclusion de la qualification d'établissement de santé pour les GCS mixtes public-privé impliquerait en conséquence que ces GCS relèvent de la catégorie des GCS de moyens. S'agissant des GCS établissements de santé d'ores et déjà constitués entre partenaires publics et privés, un droit d'option leur permettrait soit de revenir vers un GCS de moyens conforté dans ses possibilités de coopération pour les activités de santé (objet de l'article 12), soit de conserver leur statut de GCS établissement de santé, en adoptant un régime de droit privé qui est plus équilibré en termes de gouvernance (puisque'il permet d'intégrer pleinement une participation publique dans la gouvernance, tandis que l'inverse n'est pas possible pour une participation privée à la gouvernance d'un établissement public de santé).

Le II de l'amendement proposé tire les conséquences de l'article 12 et du I de l'amendement, pour le cas particulier des établissements de santé engagés dans le régime expérimental des GCS antérieur à la Loi dite « HPST ».

**Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

*Amendement N°6*

*Présenté par Jean-Marie Rolland*

**Article 14**



Supprimer cet article.

**Exposé des motifs**

Alors que les sénateurs ont rétabli les GCS « établissement de santé » (initialement supprimés par la commission des affaires sociales du Sénat), le parallélisme des formes n'est pas respecté pour les GCSMS : l'article 14 de la PPL interdit toujours aux GCSMS d'être érigés en établissement social ou médico-social.

Or, à l'instar des GCS établissement de santé, il existe également des GCSMS « établissement social et médico-social ». Il est donc proposé d'en tenir compte, en supprimant l'article 14 afin de ne pas compromettre les coopérations médico-sociales existantes.

**Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

Amendement N°8

Présenté par Jean-Marie Rolland

AS	15	
----	----	--

Article additionnel <sup>après</sup> l'article 14 A

14A

**Après l'article ~~14~~, il est inséré l'article additionnel ci-après:**

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

«Art. L. 6122-19 – Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les ARS, sur la base du volontariat, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées ».

**Exposé des motifs.**

Le régime d'autorisation par appareil en imagerie est devenu un dispositif par exception, qui ne répond pas aux objectifs de régulation attendus.

On constate en effet :

- une « sous activité » pour certains équipements, faute de professionnels en nombre suffisant pour les faire fonctionner ;
- à l'inverse, pour certains examens, une « sur utilisation » d'équipements coûteux et inadaptés.

Dans son rapport 2010 sur la sécurité Sociale, la Cour des comptes met également en avant des inégalités persistantes d'équipements entre régions. Il y a ainsi une IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Ile de France, contre une IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de la Loire.

A terme, ces phénomènes conjugués avec une baisse prévisionnelle des effectifs de professionnels (- 25 % d'après l'Observatoire National des Professions de Santé à horizon 2025) s'avèrent préoccupants. Ils illustrent la nécessité de rechercher à modifier le régime d'autorisation, afin de mieux répondre aux objectifs sanitaires.

Proposition : organiser un dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie.

Cela aurait l'avantage d'instaurer une régulation « raisonnable », s'appuyant sur la volonté :

- de dépasser le clivage ville/ hôpital en exploitant mieux leurs complémentarités ;
- d'optimiser l'utilisation des installations de manière à répondre aux besoins définis dans les différents plans de santé publique (Plan cancer et prise en charge des AVC notamment).

Le dispositif envisagé répondrait aux préoccupations exprimées par les professionnels, dans la mesure où il correspond aux propositions faites par la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR), la Société Française de Radiologie (SFR) et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH) de constituer des Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM). Fondé sur un projet médical commun, le POSIM vise à assurer le fonctionnement d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante, mutualisé, tout en



assurant la radiologie de proximité.

Le dispositif permettrait également aux radiologues publics de bénéficier de rémunérations attrayantes, en fonction de leur activité, qui serait décomptée de leur temps hospitalier. Ceci contribuerait à leur fidélisation et au-delà, à l'attractivité des carrières hospitalières. Des expérimentations de rémunération des médecins radiologues dérogeant aux statuts de PH et de médecins hospitalo-universitaires pourront être mises en oeuvre sur décision du Directeur d'ARS.

Un cadre expérimental et un accompagnement spécifique s'avèrent nécessaires pour résoudre les difficultés auxquelles les coopérations actuellement mises en oeuvre se heurtent, tant du fait des distorsions de tarification entre secteurs, que des différences de statuts des professionnels impliqués.

**Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

Amendement N°9

Présenté par Jean-Marie Rolland, Paul Jeanneteau, Jean-Pierre Dupont et Vincent Descazeaux

Article additionnel après l'article 16

Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8-1. - Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune »

#### **EXPOSE DES MOTIFS**

Il s'agit d'une mesure de simplification, de mutualisation devant générer des économies. En effet, ces évaluations ont des coûts qui, s'agissant d'immobilisations incorporelles, sont certes amortissables mais majorent les tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Tel est l'objet de cet amendement.



**Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

*Amendement N°10*

Présenté par Jean-Marie Rolland, Paul Jeanneteau et Jean-Pierre Dupont et  
Vincent Descaent

**Article additionnel après l'article 16**

A la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles, sont ajoutés les mots : «, et sous réserve de leur compatibilité avec les enveloppes limitatives de crédits mentionnées à l'article L.313-8 et aux articles L.314-3 à L.314-5. »

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Cet amendement vise à accorder une primauté aux articles du code de l'action sociale et des familles relatifs aux crédits limitatifs des financeurs publics des établissements sociaux et médico-sociaux, afin, d'une part, de mettre fin « aux contrariétés » soulignées par les juridictions de la tarification entre ces derniers articles et l'article L.314-6 sur la procédure d'agrément des conventions collectives, ce qui entraîne de coûteuses condamnations pour les financeurs, et, d'autre part, de responsabiliser les partenaires sociaux et les organismes gestionnaires.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI

modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Commission	
Gouvernement	



## AMENDEMENT

Présenté par Paul JEANNETEAU

-----

### Article additionnel après l'article 6

Après l'article 6, ajouter un article additionnel ainsi rédigé:

« Un an après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la promotion de l'aide à la complémentaire santé. »

### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'aide à la complémentaire santé est méconnue par de nombreuses personnes qui pourraient en bénéficier. Ainsi, les caisses d'assurances maladie éprouvent des difficultés à faire connaître ce dispositif auquel l'Etat consacre une partie non négligeable de son budget. Il convient donc de trouver des solutions afin de promouvoir ce dispositif.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

## PROJET DE LOI

modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Commission	
Gouvernement	

AS	19	
----	----	--

## AMENDEMENT

Présenté par Paul JEANNETEAU

-----  
*avant*  
Article additionnel ~~après~~ l'article 9

*Avant* 9

~~Après~~ l'article 9, ajouter un article additionnel ainsi rédigé:

« I - Le troisième alinéa de l'article L6143-5 du code de la santé publique est ainsi complété:  
"Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, ou son représentant, participent aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative".

II - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions de représentation du directeur de la caisse d'assurance maladie au sein du Conseil de Surveillance des hôpitaux »

## EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi « Hôpital, Patient, Santé Territoires » a créé les conseils de surveillance au sein des hôpitaux. Dans la composition du conseil de surveillance, siège parmi les membres qui ont une voix consultative le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie. Mais la loi ne prévoit pas que les Directeurs puissent se faire représenter. Or, les directeurs ne peuvent pas, matériellement, se rendre à tous les Conseils de Surveillance qui ont lieu dans les différents hôpitaux de leur département.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

PROJET DE LOI  
modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de  
l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Commission	
Gouvernement	

AS	20	
----	----	--

## AMENDEMENT

Présenté par Paul JEANNETEAU

-----

### Article 2

*Substituer aux*

~~alinéas 2 à 4~~ six alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 6323-3. - Une maison de santé est une personne morale satisfaisant aux critères suivants :

« 1° être constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens dispensant principalement des soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 ;

« 2° Ne pas assurer d'hébergement ;

« 3° Avoir élaboré un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membre de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet ;

« 4° Avoir enregistré le projet de santé à l'agence régionale de santé ;

« 5° Se conformer à un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

## EXPOSÉ SOMMAIRE

La rédaction proposée à cet article vise à renforcer juridiquement la notion de maison de santé. Nécessairement dotée de la personnalité, elle est composée de personnes exerçant des professions médicales, d'auxiliaires médicaux ou de pharmaciens. Ce sont ces professionnels, qui exercent l'activité de soins et non la maison de santé. Le développement de ces structures est aujourd'hui encouragé afin de favoriser un meilleur accès aux soins de premier recours : la vocation première des professionnels y exerçant est donc de dispenser des soins de premier recours, même si l'exercice du second recours n'est pas exclu.

Il est proposé de fixer par arrêté du ministre chargé de la santé un cahier des charges qui précisera les critères qui fondent le statut de maison de santé, plus souple toutefois que des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret en Conseil d'État, proches des dispositions applicables aux établissements de santé. Ce cahier des charges, fondé sur la pratique désormais bien établie des maisons de santé sur le territoire national, permettra de clarifier et de donner de la lisibilité à une appellation utilisée par de nombreux professionnels de santé.

Enfin, l'exigence de conformité du projet de santé aux schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2 a été supprimée afin d'éviter d'attribuer un caractère opposable à ces schémas pour les maisons de santé.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

PROJET DE LOI  
modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de  
l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Commission	
Gouvernement	

AS	21	
----	----	--

## AMENDEMENT

Présenté par Paul JEANNETEAU

-----

Article additionnel après l'article 18

Après l'article 9, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« La 2<sup>ème</sup> phrase du 6<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.5125-17 du code de la santé publique est supprimée. »

### EXPOSE SOMMAIRE

L'article L.5125-17 du code de la santé publique dispose des conditions dans lesquelles les pharmaciens titulaires d'officines sont autorisés à exercer en société. En l'état, cet article institue une règle d'incompatibilité absolue entre l'exercice en société et celui de toute autre activité pharmaceutique. Elle n'existe pas pour les pharmaciens qui exercent seuls. Soumis à l'exercice personnel dans son officine en vertu de l'article L.5125-20 du code de la santé publique, tout pharmacien titulaire doit néanmoins pouvoir exercer parallèlement d'autres activités pharmaceutiques spécialisées pour répondre à des besoins exprimés localement. L'objet de cet amendement est donc de rétablir l'égalité de situation entre pharmaciens titulaires indépendamment de leur mode d'exercice.



# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

PROJET DE LOI  
modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de  
l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Commission	
Gouvernement	

AS	22	
----	----	--

## AMENDEMENT

Présenté par Paul JEANNETEAU

-----  
Article additionnel après l'article 18

Après l'article 9, ajouter un article additionnel ainsi rédigé:

"A la fin du 1er alinéa de l'article L.5125-21 du code de la santé publique, après le mot « *remplacer* » ajouter les mots « *par un pharmacien.* ».

### EXPOSE SOMMAIRE

L'objet de l'amendement est de supprimer la possibilité de remplacement d'un pharmacien titulaire d'officine par un étudiant en pharmacie. L'ampleur des responsabilités concernées implique de posséder des compétences de plein exercice.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Article 3

~~Le 3ème alinéa de l'article L.1434-8 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi  
rédigée:~~ Rédiger ainsi l'alinéa 3:

« Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l'UNCAM et un ou plusieurs  
syndicats reconnus représentatifs au niveau national. »

EXPOSE DES MOTIFS

La validité des conventions et accords est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs  
organisations reconnues représentatives au niveau national.

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Jean-Christophe LAGARDE

Après l'article 3 bis, il est inséré un article additionnel :

« ~~Le premier alinéa du XI de l'article 1 de la loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est rédigé comme suit :~~

*L'article L. 6161-9 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*  
Art. L 6161-9. – Un établissement de santé mentionné aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peut recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés d'une redevance.  
Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux missions de service public et aux activités de soins de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées par l'article L. 6112-3 pour les missions de service public.  
Lorsque les professionnels médicaux libéraux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires exercent dans les établissements visés au premier alinéa, lesdits établissements signent un avenant au contrat prévu à l'article L. 6114-1 du Code de la Santé Publique auquel sont appelés à la signature les praticiens concernés.  
Les conditions d'application du présent alinéa et les dispositions transitoires pour les contrats en cours à la date de promulgation de la présente loi sont fixées par décret. »

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Lors de l'examen par le Conseil d'Etat du projet de décret relatif à la coopération souhaitée par le législateur dans les établissements de santé entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, il est apparu que la base légale apportée par la Loi dite HPST était insuffisante pour :

- Tenir compte de l'applicabilité à ces collaborations des dispositions d'encadrement tarifaire rassemblées sous l'expression de « secteur optionnel »,
- Intégrer des dispositions transitoires, pour organiser l'articulation entre les contrats d'exercice en vigueur à la date de promulgation de la Loi HPST et les nouvelles dispositions.

Tel est l'objet rédactionnel du présent amendement qui a pour vocation d'apporter des assouplissements de composition des équipes médicales, associant salariat et exercice libéral dans les mêmes établissements de santé.

L'objet du présent amendement permet d'organiser une adaptation des dispositions pour quelques établissements de santé en situation très spécifique qui fonctionnent avec des professionnels médicaux libéraux tout en étant inscrits dans une échelle publique des tarifs établie dans des circonstances historiques particulières, en lien avec les ARH [Regroupement d'établissements ex-DG et ex-OQN privés non lucratifs précédemment en « prix de journée préfectoral » (PJP)].

Or, les professionnels médicaux libéraux exerçant dans ces établissements peuvent être autorisés à demander des dépassements d'honoraires. Les établissements de santé ne peuvent – du fait du statut libéral et de l'attente conventionnelle d'un secteur optionnel – interférer sur l'exercice de cette faculté qui peut être géré avec la faculté d'une prise en charge tierce, par des assurances complémentaires en santé.

Ces dispositions sont encadrées par l'avant dernier alinéa de la proposition d'amendement, permettant la conclusion d'un avenant au CPOM entre l'établissement et l'ARS qui pourra définir les proportions garanties d'exercice en tarif opposable des médecins libéraux, dans le cadre de ces établissements dans une situation historique particulière.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe LAGARDE

Article 6

*Compléter* par  
~~Après la dernière phrase de l'alinéa 2~~ insérer la phrase suivante :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit mentionner le prix d'achat de la prothèse. ».

EXPOSE DES MOTIFS

Il convient de distinguer entre le prix de la prestation et le prix des prothèses.

En matière de prothèses dentaires et d'audioprothèses, les patients ne se voient pas reconnus de droit d'être informés du coût de la main d'œuvre et du coût de l'appareil que contient le prix de la prestation ou de l'acte.

Les professionnels de santé n'ont aucune obligation en la matière.

Le patient n'est dès lors pas en mesure de comparer les devis des professionnels, ni donc de négocier les prix sur devis.

Or les prix des prothèses sont très variables selon les professionnels.

Cet amendement tend à garantir au patient la transparence nécessaire lors de l'achat d'une prothèse en obligeant les audioprothésistes et les chirurgiens-dentistes à distinguer dans leur devis le prix de la prothèse et le prix de leur prestation.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe LAGARDE

Compléter

Article 6

~~Après la dernière phrase de l'alinéa 2 insérer~~ la phrase suivante :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit mentionner les charges du cabinet ».

EXPOSE DES MOTIFS :

Le coût des actes prothétiques peut paraître élevé mais il prend en compte les charges du cabinet qui ont beaucoup augmenté ces dernières années.

Cet amendement tend donc à indiquer le coût des charges de cabinet.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

## AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Jean-Christophe LAGARDE

Compléter

par

Article 6

~~Après la dernière phrase de l'alinéa 2 insérer~~ la phrase suivante :

« Les professionnels de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article R.5211-6 le professionnel doit remettre le facsimilé de la facture correspondante à la prestation du prothésiste. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines. »

## EXPOSE DES MOTIFS

Un an après la publication de la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" la disposition de transparence sur le prix d'achat des prothèses dentaires n'est toujours pas appliquée (article 57), alors que l'ordonnance n°2010-250 du 11 mars 2010 a permis l'application immédiate de cette mesure en supprimant toute référence à un décret d'application.

Dans son rapport de septembre 2010, la Cour des Comptes souligne d'ailleurs cette non application et réaffirme la nécessité d'une meilleure information du patient.

Aussi dans un souci de transparence et de simplicité, cet amendement vise à ce que les professionnels remettent systématiquement à leurs patients une copie de la facture du prothésiste qui accompagne l'acquisition de prothèses.

Cette mesure, très simple, qui ne nécessite qu'une photocopie d'une pièce comptable détenue par le professionnel, simplifiera l'application de la loi, et donnera accès au patient à toutes les informations concernant sa prothèse et le tarif appliqué par son dentiste.

Cette mesure sera d'application immédiate, afin que la volonté de transparence des tarifs voulue par le législateur s'applique enfin, au bénéfice de l'information du patient.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

*Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe LAGARDE*

Article 6

*Compléter* *par*  
~~Après la dernière phrase de l'alinéa 2 insérer~~ la phrase suivante :

*« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit comprendre la photocopie du bon de livraison mentionnant donc le prix d'achat de la prothèse, l'origine, son numéro et la certification du dispositif. ».*

EXPOSE DES MOTIFS

Il est nécessaire dans une optique de clarté pour le patient de connaître grâce au bon de livraison l'origine et la certification de la prothèse. Cet amendement tend à assurer la transparence nécessaire



23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

Après l'article 9 bis B ~~de la loi~~, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« *Au chapitre premier du titre VI du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un nouvel article rédigé comme suit :*

*Article L. 6161-7- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers détachés dès la fin de la période probatoire d'un an d'exercice effectif des fonctions mentionnée à l'article R. 6152-13 du présent code. »*

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Un décret n° 2010-1141 du 29 septembre 2010 a restreint le champ des établissements privés pouvant accueillir des praticiens hospitaliers (PH) détachés. Le décret retient en effet la notion d' « établissement de santé privé chargé d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L.6112-1 du code de la santé publique ». Il convient d'intégrer les ESPIC

La possibilité pour un Praticien Hospitalier d'être détaché dans un établissement PSPH avant l'accomplissement de la période de service de trois années exigée par le code de la santé publique a été supprimée par le décret du 29 septembre. Désormais, aucun praticien ne pourra être détaché dans un établissement de santé privé non lucratif avant la réalisation des trois années de service.

Ces restrictions ont profondément fragilisé l'offre de soins assurée par les établissements privés à but non lucratif avec le concours des praticiens hospitaliers détachés, notamment en psychiatrie. Les propositions d'évolution et les démarches faites auprès de la direction générale de l'organisation des soins n'ont, à ce jour, pas permis de surmonter les obstacles posés par le décret du 29 septembre 2010.

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

## AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe

Article 14 A : LAGARDE

~~l'alinéa 1~~ l'alinéa <sup>1</sup> de l'Article 14 A insérer l'alinéa suivant :

I - L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4°- Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins au sens de l'article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres. Cette ou ces autorisations peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres ou par le groupement lui-même dans les conditions définies par la convention constitutive. Quelque soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire, d'une autorisation d'activité de soins, le membre du groupement initialement autorisé demeure titulaire de cette autorisation sanitaire et seul responsable de son exploitation. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, et dans le cas visé au 4ème alinéa de l'article L6133-7, un groupement de coopération sanitaire de droit privé peut être titulaire d'une autorisation sanitaire précédemment exploitée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire établissement de santé composé de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé ».

## EXPOSÉ DES MOTIFS

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués en avril 1996 afin de favoriser et de développer les coopérations inter-hospitalières public/privé. Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, six catégories différentes de groupements de coopération sanitaire avaient été créés, illustrant le caractère polyvalent de cet instrument de coopération. Dans un esprit de clarification et de simplification, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a réduit à deux le nombre de catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C. santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7).

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Pourtant, plusieurs agences régionales de l'hospitalisation se sont

opposées, avant la constitution des agences régionales de santé, à la constitution de GCS de moyens ayant pour objet de mutualiser des moyens techniques, médico-techniques et humains destinés à permettre l'exercice d'une activité de soins pour laquelle l'un de ses membres était autorisé. Afin, de clarifier l'état du droit des coopérations sanitaires et d'éviter des interprétations divergentes des dispositions législatives relatives aux GCS de moyens, il conviendrait de prévoir expressément qu'un GCS de moyens peut être constitué pour favoriser l'exercice d'une ou plusieurs activités de soins relevant du régime d'autorisation sanitaire, ce GCS constituant alors le cadre juridique d'exercice de l'activité de soins. Bien entendu, le titulaire de la ou des autorisations sanitaires d'activités de soins exploitées dans le cadre de ce GCS de moyens demeure pleinement responsable de l'exploitation de sa ou de ses autorisations. Cette rédaction serait conforme aux débats parlementaires intervenus à l'Assemblée Nationale dans le cadre de laquelle la Ministre de la Santé avait clairement indiqué la vocation des GCS de moyens à mutualiser des « moyens de toute nature », ceci incluant les personnels soignants.

Ainsi sans remettre en cause l'esprit de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), cet amendement permettrait de rétablir la possibilité initialement prévue par les textes d'exploitation par les membres du GCS d'une autorisation détenue par l'un de ses membres (GCS de moyens portant sur l'exercice en commun d'une activité de soins ou l'exploitation partagée d'un équipement matériel lourd). Cette explicitation traduirait la lettre et l'esprit des débats parlementaires lors de l'examen du projet de loi HPST. Cette solution alternative permettrait de garantir la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par ailleurs le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, il ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé ainsi que des coopérations avec des professionnels de santé libéraux. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclusion de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé, qu'il s'agisse d'établissements de santé gérés par des personnes morales de droit privé ou de professionnels de santé libéraux.

Il conviendrait donc, pour garantir le succès de cet outil de coopération sanitaire d'éviter de recourir au GCS établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés, ce qui ne posera pas de difficultés dès lors que la loi aura clairement autorisé le GCS de moyens à exploiter pour le compte de ses membres une activité de soins dont l'autorisation est détenue par l'un de ses membres.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Après l'alinéa 7 de l'Article 14 A insérer l'alinéa suivant :

**I – Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par les alinéas ainsi rédigés :**

*« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. »*

*« Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins, composés de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé, érigés en établissement de santé à la date d'entrée en vigueur de la présente disposition, bénéficie d'un droit d'option exercé dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi permettant audit groupement de renoncer au statut de groupement de coopération ayant la qualité d'établissement de santé, et de relever en conséquence de la catégorie des groupements de coopération sanitaire de moyens visés aux deux premiers alinéas du 4° de l'article L6133-1. »*

*« Lorsque cette option de renoncement est exercée par un ou plusieurs des membres, l'autorisation exploitée par le groupement de coopération sanitaire établissement de santé est attribuée au membre initialement titulaire de celle-ci. Dans le cas où l'autorisation a été initialement accordée au groupement de coopération sanitaire, elle est attribuée à chacun des membres sous réserve qu'ils respectent les conditions techniques d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement prévues au 3° de l'article L 6122-2 du code de la santé publique et dans l'attente, le cas échéant, des nouvelles dispositions issues du schéma régional d'organisation des soins visé à l'article L 1434-9 du code de la santé publique. »*

*« Lorsque les membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins décident de ne pas exercer leur option de renoncement et de conserver à titre dérogatoire leur statut de groupement de coopération ayant la qualité d'établissement de santé, ils peuvent décider d'opter pour le statut privé dudit groupement de coopération sanitaire par une délibération de l'Assemblée Générale adoptée à la majorité simple. »*

II - *« Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire autorisés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article L 6133-5 du code de la santé publique, dans la version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, bénéficie du droit d'option et des dispositions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L 6133-7 du code de la santé publique ».*

## **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués en avril 1996 afin de favoriser et de développer les coopérations inter-hospitalières public/privé. Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, six catégories différentes de groupements de coopération sanitaire avaient été créés, illustrant le caractère polyvalent de cet instrument de coopération. Dans un esprit de clarification et de simplification, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a réduit à deux le nombre de catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C. santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7).

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Cette solution garantit la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par contre, le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, le GCS établissement de santé retombe dans le dilemme binaire du statut public ou privé dont le GCS originel issu des ordonnances de 1996 voulait s'affranchir. Le GCS établissement de santé ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé ainsi que des coopérations avec des professionnels de santé libéraux. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres minoritaires, publics ou privés. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclusion de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé nouveau, qu'il s'agisse d'établissements de santé gérés par des personnes morales de droit privé ou de professionnels de santé libéraux.

Il conviendrait donc, pour éviter toute dissuasion à l'entrée de partenaires privés ou de professionnels libéraux dans une démarche de GCS, d'exclure le recours au GCS établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés, ce qui ne pose pas de

difficultés dès lors que la loi autorise le GCS de moyens à exploiter pour le compte de ses membres une activité de soins dont l'autorisation est détenue par l'un de ses membres, objet de l'amendement proposé en article 12. L'exclusion de la qualification d'établissement de santé pour les GCS mixtes public-privé impliquerait en conséquence que ces GCS relèvent de la catégorie des GCS de moyens. S'agissant des GCS établissements de santé d'ores et déjà constitués entre partenaires publics et privés, un droit d'option leur permettrait soit de revenir vers un GCS de moyens conforté dans ses possibilités de coopération pour les activités de santé (objet de l'article 12), soit de conserver leur statut de GCS établissement de santé, en adoptant un régime de droit privé qui est plus équilibré en termes de gouvernance (puisque'il permet d'intégrer pleinement une participation publique dans la gouvernance, tandis que l'inverse n'est pas possible pour une participation privée à la gouvernance d'un établissement public de santé).

Le II de l'amendement proposé tire les conséquences de l'article 12 et du I de l'amendement, pour le cas particulier des établissements de santé engagés dans le régime expérimental des GCS antérieur à la Loi dite « HPST ».

## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

#### Article 16

L'article 16 de la présente proposition de loi est complété par un <sup>3°</sup> ainsi rédigé :

« <sup>3°</sup> Au deuxième alinéa de l'article L. 313-1-1 du CASF, après les mots « d'extension inférieure à un seuil » sont ajoutés les mots « ou de transformation ».

#### EXPOSE DES MOTIFS

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) a instauré une procédure d'appel à projet pour la délivrance des autorisations de création, d'extension importante ou de transformation d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil.

Le décret du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'autorisation et d'appel à projet a défini une transformation comme correspondant « à la modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » (CASF, article R. 313-2-1).

L'article L. 313-1-1 de ce code prévoit que les transformations ainsi définies sont autorisées à l'issue d'un appel à projet et ce dès la première place transformée.

L'application de la procédure d'appel à projet aux transformations suscite de nombreuses interrogations parmi les gestionnaires d'établissements et services et certains décideurs. Cette application ne va-t-elle pas freiner les nécessaires adaptations des établissements et services. Alors qu'un gestionnaire et l'autorité administrative pourraient être d'accord pour faire évoluer la catégorie de population accueillie par un établissement ou service, l'autorisation de transformation ne pourra être délivrée qu'à l'issue d'un appel à projet, c'est-à-dire sans garantie que le gestionnaire concerné obtienne cette autorisation

Afin d'éviter de freiner les évolutions du secteur social et médico-social, le présent amendement vise à exonérer les opérations de transformation de la procédure d'appel à projet. L'article 10 de la

proposition de loi ne nous semble pas remédier à ce risque. En effet, il confirme l'application de la procédure d'appel à projet pour les transformations d'établissements ou services impliquant un changement de catégorie de bénéficiaires. Ce n'est que lorsque la transformation n'implique pas un changement de catégorie de bénéficiaires que la procédure d'appel à projet ne sera pas applicable. La proposition de loi prévoit que ces transformations seront cependant autorisées mais hors appel à projet (cf. exposé des motifs). Il est proposé d'aller plus loin en prévoyant que toutes les transformations, qu'elles impliquent ou non un changement de catégorie de bénéficiaires, seront autorisées hors appel à projet.



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE Jean-Christophe  
LAGARDE,

~~Rediger ainsi l'article 16 bis :~~

~~Article additionnel après l'article 16~~  
Article additionnel après l'article 16 bis

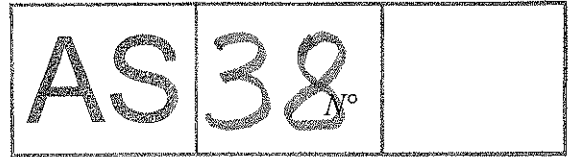
~~Après l'article 16, il est inséré un article 16 additionnel ainsi rédigé :~~

« A la fin du 2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa  
suivant : Ces schémas sont arrêtés après concertation des Unions, fédérations et regroupements  
représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services dans des conditions  
définies par décret ».

**EXPOSE DES MOTIFS**

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux  
territoires a supprimé les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).  
Ces comités avaient notamment pour mission de donner un avis sur les projets de schémas  
régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Si le législateur a prévu la  
reprise de cette mission par exemple pour le schéma régional d'organisation médico-sociale de  
l'ARS et pour les schémas départementaux personnes handicapées ou en perte d'autonomie des  
conseils généraux, il n'a par contre rien prévu s'agissant des schémas régionaux portant sur les  
CADA et sur les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ou  
d'aide à la gestion du budget familial arrêtés par les Préfets de région.

Le présent amendement vise à réparer cette omission.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

#### *Article additionnel après l'article 16*

Après l'article 16, il est inséré un article 16 additionnel ainsi rédigé comme suit :

« Le 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, est ainsi complété : « y compris lorsque celui-ci est accueilli dans un centre médico-psycho-pédagogiques ou un centre d'action médico-sociale précoce visé à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles ».

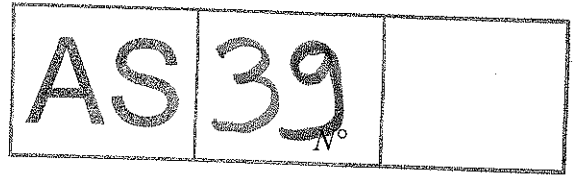
#### EXPOSE DES MOTIFS

Depuis la création des CAMSP et des CMPP, les enfants qui les fréquentent peuvent bénéficier, lorsque cela s'avère nécessaire, sur prescription médicale du Médecin du CAMSP ou du CMPP, de prises en charge financières des frais de transport (taxi, transport en commun, véhicule personnel), après accord du Médecin-Conseil de l'Assurance Maladie.

Or, depuis plusieurs années, des familles sont confrontées à des difficultés : prétextant l'absence de base législative, les CPAM refusent en effet de prendre en charge ces frais de transport. Or le 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale prévoit bien la prise en charge totale ou partielle par l'assurance maladie des frais de transport en lien avec des soins pour les enfants et adolescents handicapés. Il est alors fait application du dispositif de l'entente préalable auprès du Médecin Conseil de l'assurance maladie. En réponse à un courrier de l'ANECAMSP le 18 octobre 2009, Madame MORANO, alors secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité avait indiqué il n'y a pas besoin de texte particulier car la CNAMTS a cessé le remboursement des frais de transport sur la base d'une analyse juridique qui est manifestement erronée.

Mais en dépit du moratoire demandé par le Gouvernement, les CPAM continuent de refuser la prise en charge des frais de transports à des enfants qui ne peuvent bénéficier ni du régime de l'ALD, ni, par définition, ne peuvent passer devant la MDPH. Très concrètement cela induit des ruptures de prise en charge.

Afin de lever toute ambiguïté et donc divergence d'interprétation préjudiciable au citoyen et ce conformément aux orientations des travaux menés par la CNSA en 2009, il est proposé de préciser la rédaction du 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

#### *Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

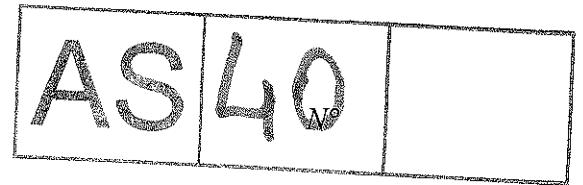
A l'article L. 1432-1 du code de la santé publique (organisation et fonctionnement des ARS), insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

*« Les Observatoires régionaux de la santé regroupent tous les observatoires existants et ont pour mission d'observer la santé au niveau régional, de proposer l'adéquation de l'offre aux besoins et de conseiller les ARS et conseils régionaux.*

*Un décret pris en Conseil d'Etat permettra de supprimer les autres observatoires, devenus inutiles. »*

#### EXPOSE DES MOTIFS

Il est nécessaire que l'ARS puisse s'appuyer sur les travaux effectués par les Observatoires régionaux de la santé et que ceux-ci regroupent tous les observatoires existants (de la démographie médicale...).



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Jean-Christophe LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

A l'article L. 1432-1 du code de la santé publique (organisation et fonctionnement des ARS), insérer deux derniers alinéas ainsi rédigés :

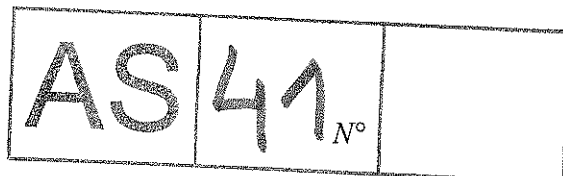
« 1°les Observatoires régionaux de la santé qui auront pour mission d'observer la santé de la population au niveau régional et prépareront les travaux du conseil régional de la santé et les décisions de l'ARS. »

« 2°une Conférence régionale de santé chargée de participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé. La Conférence régionale de santé prépare et vote le schéma régional »

**EXPOSE DES MOTIFS**

L'ARS s'appuie sur les travaux des observatoires régionaux de la santé. Il est nécessaire que les Observatoires régionaux de la santé puissent observer la santé de la population au niveau régional pour préparer les travaux du conseil régional de la santé et des décisions de l'ARS.

Et la Conférence régionale de santé prépare et vote le schéma régional.



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

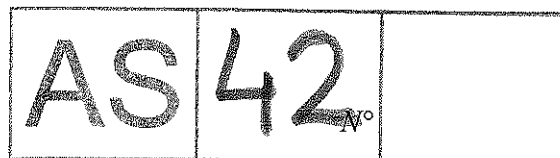
A l'article L. 1432-1 du code de la santé publique (organisation et fonctionnement des ARS),  
insérer deux derniers alinéas ainsi rédigés :

« Un observatoire régional de la santé chargé d'étudier la santé de la population, la démographie  
des professionnels de santé »

« Un comité régional d'éducation à la santé chargé de promouvoir la prévention et l'éducation à la  
santé. »

**EXPOSE DES MOTIFS**

Outre la conférence régionale de la santé il est indispensable que l'ARS s'appuie sur un  
observatoire régional de la santé qui étudiera la santé de la population, la démographie des  
professionnels de santé et un comité régional d'éducation à la santé pour promouvoir la prévention  
et l'éducation à la santé, parents pauvres de notre système de soins.



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

---

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

A l'article L. 1432-1 du code de la santé publique (organisation et fonctionnement des ARS),  
insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Un observatoire régional de la santé chargé d'étudier la santé de la population, les besoins de  
santé, l'offre des soins, la démographie des professionnels de santé. »

**EXPOSE DES MOTIFS**

L'ARS a besoin d'un observatoire régional de santé, essentiel pour pouvoir définir, préparer les  
divers schémas régionaux.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

A l'article L. 1432-4 du code de la santé publique (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie), au premier alinéa, insérer les mots:

*« dont un collège représentant les établissements de santé, un collège représentant l'union des professionnels de santé libéraux, un collège représentant les associations de malades et d'anciens malades et un collège représentant l'éducation et la prévention de la santé. ».*

**EXPOSE DES MOTIFS**

La conférence régionale de santé constitue l'instance démocratique qui associe tous les acteurs régionaux à l'élaboration de la politique régionale de santé. Il est prévu qu'elle soit constituée en collèges.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 Q1d*

A l'article L. 1432-4 du code de la santé publique (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie), rédiger ainsi la première phrase du premier au premier alinéa :

*« La conférence régionale de santé est un organisme délibératif composé de plusieurs collèges élus, qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Elle se réunit en formation plénière et en commissions spécialisées ».*

**EXPOSE DES MOTIFS**

La conférence régionale de santé doit pouvoir délibérer et ses collèges doivent être élus, et non nommés, pour avoir une vraie transparence.



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

---

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

A l'article L. 1432-4 du code de la santé publique (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie), insérer un 2ème alinéa ainsi rédigé

*« Elle évalue l'adéquation de l'offre aux besoins de santé et elle veille à l'égal accès aux soins sur le territoire. »*

**EXPOSE DES MOTIFS**

Il est nécessaire de procéder à l'adéquation de l'offre aux besoins de santé et de veiller à l'égal accès aux soins sur le territoire. C'est le rôle qui est imparti à la Conférence régionale de santé.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

A l'article L. 1432-4 du code de la santé publique (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie)

Après le premier alinéa insérer deux alinéas ainsi rédigés :

*« La conférence régionale de santé, comprenant tous les acteurs de santé, participe à l'élaboration de la politique de santé régionale en s'appuyant sur les travaux des observatoires régionaux de la santé. »*

*« Elle veille à l'adéquation de l'offre aux besoins. »*

**EXPOSE DES MOTIFS**

Les attributions des conférences régionales de santé ne sont pas précisées par le texte en dehors du fait qu'elles concourraient, par leur avis, à la politique régionale de santé. La loi devrait ainsi prévoir qu'elles rendent un avis sur le projet régional de santé et participent à l'évaluation des politiques régionales de santé, en veillant à l'adéquation de l'offre et des besoins.

La conférence régionale de santé, au mieux, le conseil régional de santé doit être l'organe essentiel au niveau régional, comprenant tous les acteurs de la santé participant à la définition et à l'évaluation de la politique de santé.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ■ 14 bis*

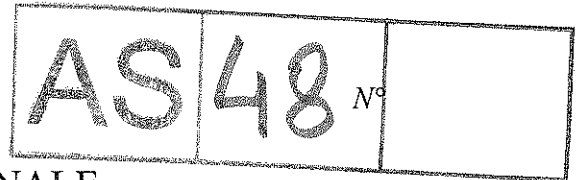
Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« *L'Union régionale des professions de santé représente l'ensemble des professions de santé.  
La composition par collège sera définie par décret pris en conseil d'Etat* »

**EXPOSE DES MOTIFS**

Il est nécessaire de disposer d'une vraie Union régionale de l'ensemble des professionnels de santé, interlocuteur des ARS pour avoir une vraie représentation des professionnels de santé. Ce d'autant que l'on évolue vers la coopération ou le transfert de tâches entre les différents professionnels.

Actuellement, ce n'est pas le cas : chaque professionnel désigne ses représentants dans ce qu'il est convenu d'appeler à tort **l'Union régionale des professions de santé.**



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe LAGARDE*

*Article additionnel après l'article 9 bis B*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Après le 5ème alinéa de l'article L.6112-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé:

*L'établissement de santé ou la personne chargée de tout ou partie des missions de service public définies à l'article L.6112-1 assure, pour l'ensemble de son activité, à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, sa prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale ou aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel. »*

EXPOSE DES MOTIFS

**Les patients accueillis par un établissement de santé ou une personne morale chargée d'une mission de service public se verront assurés de la garantie d'être pris en charge aux tarifs opposables des honoraires appliqués par les médecins au secteur 1 dans les filières de soins concernées par les missions de service public et, pour le reste de l'activité, aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel.**

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

Après l'article 16, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« I. Après l'alinéa 6° de l'article L322-3 du Code de la Sécurité Sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Lorsque l'assuré est un mineur qui requiert des soins et un accompagnement par une structure visée à l'article L312-1 3° du CASF, ou par une structure de type "Centre Médico-Psycho-Pédagogique" rattachée à l'article L312-1 2° du CASF, pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L321-1 ».

« II. La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du Code Général des Impôts. »

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Les frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP ne sont pas inclus dans les dépenses d'exploitation de ces structures, qui ne constituent pas à proprement dit des établissements d'éducation spécialisée, au sens de l'article L242-12 du Code de l'action sociale et des familles, avec ses implications en termes de réponse aux nécessités de transport.

En dépit du moratoire mis en place en 2007 par les pouvoirs publics, confirmé en 2009 par une lettre ministérielle afin d'assurer l'accès aux soins et l'intervention de l'assurance-maladie, ces frais peuvent ne faire l'objet d'aucun remboursement par des Caisses primaires d'assurance maladie, qui décident dans certaines régions de cesser leur prise en charge. Cette question a fait pourtant l'objet de nombreuses questions de parlementaires auxquelles les réponses ministérielles ont régulièrement apporté une réponse rassurante d'engagement de l'assurance-maladie. Mais ces réponses ministérielles sont restées sans effet sur la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés comme certaines caisses primaire d'assurance-maladie, notamment en Aquitaine.

Les frais restent donc à la charge des familles qui ne peuvent bénéficier d'aucune aide de type Prestation de Compensation du Handicap, leur enfant n'étant pas toujours reconnu handicapé par la Maison départementale des droits des personnes handicapés, et risquant par conséquent de se

trouver exposé à des risques de rupture de prises en charge.

Le Médiateur de la République a reconnu cet état de fait très anormal et en a fait état récemment dans « Le journal du Médiateur de la République » (n°62, Janvier 2011, actualités 5).

Le présent amendement a pour objet de corriger cette situation et de permettre une prise en charge individuelle à 100% des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP, par le biais de l'entente préalable auprès du médecin conseil de l'assurance-maladie.

Le dispositif d'entente préalable est une garantie de la qualité des indications et prévient les demandes de remboursement abusives.

Cette prise en charge résoudrait les inégalités de traitement relevées dans certaines régions, et soutiendrait la mission essentielle de prévention exercée par les CAMSP et les CMPP auprès des enfants âgés de 0 à 18 ans.

Le II de l'amendement tient à la nécessité de technique parlementaire de prévoir la possibilité pour le gouvernement d'une décision de « lever le gage ». Toutefois, il y a lieu de signaler que dans nombre de départements, les CPAM continuent encore de financer ces transports, ce qui est à la fois conforme à la position ministérielle et permet de comprendre que cet amendement de clarification ne comporte pas, en termes financiers, d'effet significatif et dommageable sur les finances de l'assurance-maladie.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

Après l'article 16, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« *Un rapport au Parlement est établi dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, concernant les difficultés d'accès aux soins des jeunes requérant des soins et des accompagnements dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), ainsi que des modalités de transports sanitaires pour y parvenir. Le rapport établit également le bilan de la mise en application par l'administration centrale, notamment la direction de la sécurité sociale, et de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie des réponses ministérielles aux questions écrites des parlementaires sur ces sujets* ».

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Les frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP ne sont pas inclus dans les dépenses d'exploitation de ces structures, qui ne constituent pas à proprement dit des établissements d'éducation spécialisée, au sens de l'article L242-12 du Code de l'action sociale et des familles, avec ses implications en termes de réponse aux nécessités de transport.

En dépit du moratoire mis en place en 2007 par les pouvoirs publics, confirmé en 2009 par une lettre ministérielle afin d'assurer l'accès aux soins et l'intervention de l'assurance-maladie, ces frais peuvent ne faire l'objet d'aucun remboursement par des Caisses primaires d'assurance maladie, qui décident dans certaines régions de cesser leur prise en charge. Cette question a fait pourtant l'objet de nombreuses questions de parlementaires auxquelles les réponses ministérielles ont régulièrement apporté une réponse rassurante d'engagement de l'assurance-maladie. Mais ces réponses ministérielles sont restées sans effet sur la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés comme certaines caisses primaire d'assurance-maladie, notamment en Aquitaine.

Les frais restent donc à la charge des familles qui ne peuvent bénéficier d'aucune aide de type Prestation de Compensation du Handicap, leur enfant n'étant pas toujours reconnu handicapé par la Maison départementale des droits des personnes handicapés, et risquant par conséquent de se

trouver exposé à des risques de rupture de prises en charge.

Le Médiateur de la République a reconnu cet état de fait très anormal et en a fait état récemment dans « Le journal du Médiateur de la République » (n°62, Janvier 2011, actualités 5).

Le présent amendement a pour objet d'attirer la situation sur cette situation et de demander au gouvernement les mesures qu'il entend mettre en œuvre pour permettre une prise en charge individuelle à 100% des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP, par le biais de l'entente préalable auprès du médecin conseil de l'assurance-maladie.

Le dispositif d'entente préalable est une garantie de la qualité des indications et prévient les demandes de remboursement abusives.

Cette prise en charge résoudrait les inégalités de traitement relevées dans certaines régions, et soutiendrait la mission essentielle de prévention exercée par les CAMSP et les CMPP auprès des enfants âgés de 0 à 18 ans.



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT ADDITIONNEL APRES

Présenté par L'article 16

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Après l'article 16 ■, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'alinéa 1er de l'article L.314-10 du code de l'action sociale et des familles (CASF) il est  
inséré un alinéa rédigé de la manière suivante :

« Les établissements sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs sont assimilés aux  
établissements et services sociaux et médico-sociaux publics en ce qui concerne la saisine directe du  
juge aux affaires familiales telle que prévue au dernier alinéa de l'article L. 315-16 du présent code.  
»

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Pour permettre aux établissements et services sociaux médico-sociaux de percevoir des résidents, de  
leurs débiteurs et plus largement de leurs obligés alimentaires les montants financiers dus au titre de  
leur prise en charge en établissements et services sociaux et médico-sociaux, le législateur a  
introduit par l'article 56 de la Loi n°2007-290 du 5 mars 2007, un droit de saisine direct du juge aux  
affaires familiales en un alinéa 7 à l'article L. 315-16 du code susmentionné.

Parce que ces dispositions ont été introduites dans le chapitre V consacré aux établissements et  
services sociaux et médico-sociaux publics du livre troisième du Code de l'Action sociale et des  
familles, les établissements et services privés non lucratifs ne peuvent se prévaloir de ce droit.

Le présent amendement vise donc à élargir cette faculté aux établissements et services privés non  
lucratifs pour mettre fin à cette rupture d'égalité dans le droit d'accès au juge.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Article 18

Substituer au mot: "dernier" le mot

~~« La première, la troisième et la quatrième alinéas de l'article L.5125-15 de la Loi de Sécurité Publique est ainsi rédigée: « Le nombre de licences prises en compte pour l'application des conditions prévues aux dispositions alignées de l'article L.5125-11 à l'issue d'un regroupement d'officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre d'officines regroupées. »~~

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement tend à clarifier les règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques définies par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

En effet, afin d'inciter les officines à se regrouper, cet article a prévu un dispositif dit « de sauvegarde », qui consiste à sécuriser l'opération de regroupement contre l'implantation d'une nouvelle officine au titre d'une des licences libérées, en comptabilisant ces licences pendant au moins cinq ans dans l'application des quotas de répartition des officines.

Toutefois, ce dispositif comporte des imprécisions qui ont donné lieu à des interprétations divergentes, notamment sur le point de savoir si la licence issue du regroupement devait être comptabilisée elle aussi. Il est ainsi arrivé que lorsque deux officines se regroupent, elles soient comptabilisées non comme deux pharmacies, mais comme trois, pour l'application des quotas.

Il est donc proposé de préciser la rédaction de ce dispositif.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Jean-Christophe LAGARDE*

#### **Article additionnel après l'article 18**

Insérer un ~~article~~ article ainsi rédigé :

Après le dernier alinéa de l'article L.5125-7 du Code de la Santé Publique il est inséré l'alinéa suivant :

«La cessation définitive d'activité de l'officine peut également résulter de son rachat par un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officines au sein d'une même commune, sous la double condition que la commune comporte une ou plusieurs officines en surnombre par rapport aux quotas prévus par l'article L.5125-11 et que la licence soit consécutivement remise au directeur général de l'agence régionale de santé».

#### EXPOSE DES MOTIFS

Lorsqu'il existe au sein d'une même commune un nombre d'officines excédentaires par rapport aux règles de quotas régissant l'implantation des officines de pharmacies, il apparaît souhaitable, afin de tendre à la régulation du réseau, de permettre à un ou plusieurs titulaires d'officines dans la même commune de racheter une officine en surnombre, sans qu'il s'agisse pour autant d'un regroupement d'officines au sens de l'article L.5125-15 du code de la Santé Publique, sauf à ce que la licence soit consécutivement remise au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

L'amendement proposé a pour objet de légaliser, sous condition, les rachats de clientèles et vise par suite à préciser que la cessation d'activité d'une officine, qui entraîne par ailleurs la caducité de la licence, peut être générée par le rachat de l'officine par un ou plusieurs autres pharmaciens installés dans la même commune dès lors que celle-ci comporte une ou plusieurs officines excédentaires pour l'application des règles de quotas et que le rachat conduit à la remise immédiate de la licence au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

Après l'article 18 ajouter un nouvel article ainsi rédigé :

Il est inséré un troisième alinéa à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique :

« Lorsque des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont membres d'un groupement de coopération sanitaire et disposent de plusieurs pharmacies à usage intérieur, le directeur général de l'agence régionale de santé peut les autoriser à desservir conjointement un site géographique d'implantation d'un établissement de santé, de chirurgie esthétique ou médico-social, ou d'un groupement de coopération sanitaire détenteur d'une autorisation d'activité de soins ou autorisés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article L 6133-5 du code de la santé publique, dans la version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. »

#### EXPOSÉ DES MOTIFS

L'amendement proposé a pour vocation de permettre aux DG-ARS d'éviter les inconvénients de l'obligation de disposer d'une pharmacie à usage intérieur pour chaque établissement de santé (CSP R 5126-2), lorsque les établissements sont membres d'un groupement de coopération sanitaire.

En effet et sur le terrain, lorsque l'établissement de santé est issu du nouveau droit des GCS détenteurs d'autorisation d'activités de soins, et alors que chacun des membres peut conserver des activités de soins gérées en dehors du périmètre du GCS, avec la PUI correspondante « d'origine », il s'agit d'éviter de générer une dépense supplémentaire en constituant une troisième PUI pour la nouvelle entité générée. Cette précaution est d'autant plus nécessaire que la loi HPST sur les GCS détenteurs d'autorisation, conjuguée avec la mise en application des nouveaux textes relatifs au droit des autorisations, notamment en cancérologie, va multiplier les « micro-établissements de santé », établis pour gérer quelques dizaines d'interventions chirurgicales spécialisées (les « seuils »). Des GCS – établissements de santé se présentent ainsi comme des « têtes d'épingle », pour reprendre un commentaire de la doctrine issue des spécialistes de droit de la santé.

L'idéal de disposer d'une seule PUI pour plusieurs sites est évidemment à rechercher à moyen terme, mais les difficultés qui se présentent pour accorder préalablement les systèmes

d'information-patient des établissements partageant une PUI (pré-requis indispensable) et leur approvisionnement pharmaceutique, de même que les réalités pratiques de mise en place des coopérations, permettent très difficilement de viser d'emblée cette intégration sans générer dans un premier temps, qui ne peut être bref, des dépenses supplémentaires significatives. Or nombre de GCS constitués aujourd'hui et souvent subventionnés au démarrage, présentent une structure déficitaire sérieuse qui n'a fait l'objet d'aucune évaluation d'ensemble.

L'objet du présent amendement est de permettre au DG-ARS d'apprécier, in concreto, la possibilité de deux ou plusieurs partenaires d'un GCS ou d'un GCSMS de disposer de plusieurs PUI qui desservent conjointement un établissement de santé sur un même site géographique.

## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Jean-Christophe LAGARDE

Rediger ainsi l'article 9bisA

L'article L. 221-1 du Code de la Sécurité Sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9°) de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. »

#### EXPOSE DES MOTIFS

S'il est encore tôt pour faire le bilan des apports de la Loi HPST, les établissements publics de santé et médico-sociaux ont engagé une mutation, autour de quatre axes majeurs.

- La gouvernance : renforcement de la médicalisation des décisions et le pilotage médico-économique des établissements grâce au directoire. Les conseils de surveillance ont été installés, ils sont présidés le plus souvent par le Maire.
- Le rôle des pôles et des chefs de pôles : approfondissement de la subsidiarité, grâce à un management de proximité réaffirmé, la contractualisation interne et la délégation de gestion.
- De nouveaux outils au service de la stratégie de groupe : les CHT et les GCS.
- Un défi pour les ARS et les établissements : aller vers davantage de transversalité dans les prises en charge (filiales de prise en charge).

Pour aller plus avant dans la mise en œuvre de la réforme, les établissements publics de santé et médico-sociaux attendent désormais un certain nombre d'évolutions par rapport à la Loi du 21 juillet 2009.

Il convient donc de développer l'évaluation et le contrôle de la pertinence des actes et des interventions.

Le paiement à l'acte, la T2A ne constituent pas une fin en soi et méritent une régulation par la qualité.

La pertinence d'une prise en charge, d'un acte, qu'il soit diagnostic ou thérapeutique, constitue l'essence même d'une bonne médecine. Il s'agit de garantir une prise en charge adaptée de la population, et de chaque patient, en luttant contre les actes et interventions inutiles ou inadéquats.

Cette volonté relève de l'éthique du service public. Elle contribue en outre à maîtriser les coûts de l'hospitalisation, dégager des marges de manœuvre au sein du système de santé et investir pour l'avenir. La CNAMTS dispose de données essentielles en matière de pertinence des soins, actes et interventions. Il convient de les faire connaître au public, afin que les démarches requises d'amélioration de la qualité soient engagées par les professionnels de santé.

Cet amendement a pour but de demander à la CNAMTS de publier annuellement un bilan national et comparatif par région des actes et interventions réalisés par les établissements de santé, qui permettra d'analyser la pertinence des soins effectués.

Cette proposition a été adoptée dans le PLFSS 2011, puis invalidée par le Conseil Constitutionnel (« cavalier social »).

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

*Re'diger airon'*  
~~l'article 14~~ l'article ■ 14 A

L'article L.6133-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« I Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication.

Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication.

1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public : s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;
2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;
3. Dans les autres cas, les membres du groupement déterminent librement la nature juridique du groupement de coopération sanitaire.

EXPOSE DES MOTIFS

Il s'agit de simplifier les dispositions relatives aux structures de coopérations, au service de la « stratégie de groupe » : Simplifier le régime des groupements de coopération sanitaire (GCS).

La Loi et ses textes d'application prévoient que le critère qui prévaut pour déterminer la nature juridique d'un GCS associant des établissements publics et privés est celui de la majorité des apports en capital ou des participations à son fonctionnement.

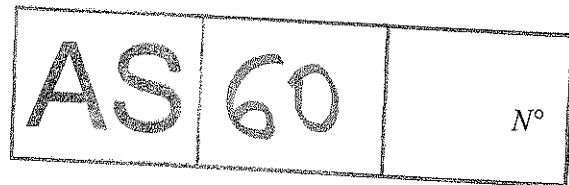
Cela s'applique aux GCS détenteurs d'autorisation de soins qui ont désormais vocation à se transformer en établissements de santé. Dans les faits, ces GCS vont devenir, dans un grand nombre de cas, des établissements publics de santé, en conséquence du partenariat entre un hôpital et une clinique au titre de ces activités. Il en résulte une réticence des partenaires privés à s'engager dans ces coopérations.

Il convient donc de soutenir les initiatives des établissements qui souhaitent coopérer, en simplifiant



les dispositions issues de la loi HPST. Les GCS « de moyens » doivent pouvoir choisir leur nature juridique, ce qui est facilitant dans la construction des coopérations. Il en est de même pour les GCSMS (groupements de coopération sociale et médico-sociale).

Cet amendement tend à assouplir les modalités de choix du statut juridique des GCS de moyens et des GCS détenteurs d'autorisation de soins, ainsi que des GCSMS (GCS médico-sociaux). Les partenaires doivent pouvoir décider conjointement quelle sera le statut, public ou privé, du GCS, à condition de respecter les missions et obligations du service public.



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Article additionnel après l'article ~~14~~ 14A

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :  
« Art. L. 6122-19 – Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les ARS, sur la base  
du volontariat, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, de  
manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés,  
faisant intervenir des équipes spécialisées ».

EXPOSE DES MOTIFS :

Il s'agit d'innover en organisant la mise en œuvre expérimentale de plateformes d'imagerie.  
Le régime d'autorisation par appareil en imagerie est devenu un dispositif par exception, qui ne  
répond pas aux objectifs de régulation attendus.  
On constate en effet : une « sous activité » pour certains équipements, faute de professionnels en  
nombre suffisant pour les faire fonctionner ; à l'inverse, pour certains examens, une « sur  
utilisation » d'équipements coûteux et inadaptés.  
Dans son rapport 2010 sur la sécurité Sociale, la Cour des comptes met également en avant des  
inégalités persistantes d'équipements entre régions. Il y a ainsi une IRM pour 456 nouveaux cas de  
cancer en Ile de France, contre une IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de la Loire.  
A terme, ces phénomènes conjugués avec une baisse prévisionnelle des effectifs de professionnels (-  
25 % d'après l'Observatoire National des Professions de Santé à horizon 2025) s'avèrent  
préoccupants. Ils illustrent la nécessité de rechercher à modifier le régime d'autorisation, afin de  
mieux répondre aux objectifs sanitaires.  
Le but de cet amendement est d'organiser un dispositif expérimental de plateformes communes  
d'imagerie. Cela aurait l'avantage d'instaurer une régulation « raisonnable », s'appuyant sur la  
volonté :  
-de dépasser le clivage ville/ hôpital en exploitant mieux leurs complémentarités ;  
-d'optimiser l'utilisation des installations de manière à répondre aux besoins définis dans les  
différents plans de santé publique (Plan cancer et prise en charge des AVC notamment).  
Le dispositif envisagé répondrait aux préoccupations exprimées par les professionnels, dans la

mesure où il correspond aux propositions faites par la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR), la Société Française de Radiologie (SFR) et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH) de constituer des Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM). Fondé sur un projet médical commun, le POSIM vise à assurer le fonctionnement d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante, mutualisé, tout en assurant la radiologie de proximité.

Le dispositif permettrait également aux radiologues publics de bénéficier de rémunérations attrayantes, en fonction de leur activité, qui serait décomptée de leur temps hospitalier. Ceci contribuerait à leur fidélisation et au-delà, à l'attractivité des carrières hospitalières. Des expérimentations de rémunération des médecins radiologues dérogoires aux statuts de PH et de médecins hospitalo-universitaires pourront être mises en oeuvre sur décision du Directeur d'ARS.

Un cadre expérimental et un accompagnement spécifique s'avèrent nécessaires pour résoudre les difficultés auxquelles les coopérations actuellement mises en oeuvre se heurtent, tant du fait des distorsions de tarification entre secteurs, que des différences de statuts des professionnels impliqués.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

*Rédiger ainsi :*  
~~l'article 61~~ l'article 61 bis B

Insérer un article L. 6152-7 au code de la Santé publique, ainsi rédigé :

« Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi. Un arrêté du ministre chargé de la Santé précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre et d'évaluation. »

EXPOSE DES MOTIFS

Il s'agit d'assouplir les règles de gestion des personnels.

Et de développer l'attractivité de l'exercice médical dans les départements d'outre-mer.

Plusieurs établissements publics de santé des départements d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer font face à de grandes difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux.

Cet amendement a pour but de permettre, à titre expérimental, le recrutement de praticiens hospitaliers avec une organisation du temps de travail annualisée. Cela se traduirait par la possibilité offerte au praticien à temps partiel de remplir à temps plein ses obligations de service à l'hôpital sur une période condensée et d'exercer une autre activité en dehors de cet hôpital pendant les autres mois de l'année.

Adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat lors de l'examen de la loi HPST, cette disposition a été retirée suite à son examen par le Conseil constitutionnel, invalidant toute expérimentation portée par voie législative sans mention de durée. Il est souhaitable de la réintégrer en précisant que l'expérimentation se déroulerait pour trois ans du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2013.

NB : cette proposition a été adoptée dans le PLFSS 2011, mais de nouveau invalidée par le Conseil Constitutionnel (« cavalier social »).

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Article additionnel après l'article 16

Rédiger ainsi nouvellement l'article 124 de la Loi HPST.

« Art.L. 313-1-1.-I. du CASF — Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Les projets sont déposés pendant des périodes définies chaque année par les autorités qui délivrent l'autorisation.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

«II. — Les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés. « Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par la commission de sélection et par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations. » ;

9°L'article L. 313-3 est ainsi rédigé :

« Art.L. 313-3.-L'autorisation est délivrée :

« a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

« b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article ;

« c) Par l'autorité compétente de l'Etat pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

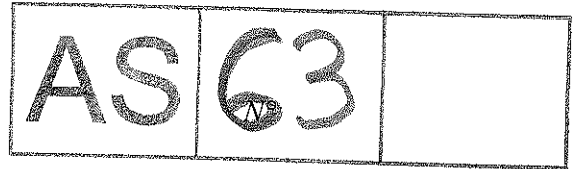
« d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

« e) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. ».

#### EXPOSE DES MOTIFS

Il s'agit de supprimer la procédure d'appel à projets dans le cadre de la procédure d'autorisation dans le secteur social et médico-social. Tout en gardant la procédure d'autorisation des établissements et services dans le secteur social et médico-social, on propose de supprimer la procédure d'appel à projet par souci de simplification. En effet, cette procédure, très compliquée risque de ralentir très fortement les créations de places dans le secteur social et médico-social où pourtant les besoins à couvrir sont encore très importants. En outre, cette procédure introduit une distorsion de concurrence entre les opérateurs privés et les opérateurs publics. En effet, ces derniers, soumis aux règles et délais de publication du code des marchés publics, ne seront pas en capacité de répondre dans les délais impartis par les cahiers des charges.

L'objet de cet amendement est de définir par décret les modalités de réception et d'examen des projets par la commission de sélection et par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations sans procédure trop contraignante liée à un cahier des charges mais en laissant les opérateurs présenter librement leurs projets lors de périodes pré définies par les autorités qui délivrent l'autorisation.



ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe LAGARDE

Article 1<sup>er</sup>

~~Article 1~~ I. - Compléter l'alinéa 6 par les mots :

~~1° L'alinéa de l'article L. 4041-1 du Code de la Santé Publique est complété comme suit :~~  
« dont les pharmaciens titulaires d'une licence de pharmacie » ;

II. - A l'alinéa 12,

~~2° L'alinéa de l'article L. 4041-2 du Code de la Santé Publique, après les mots « une profession de santé », sont insérés les mots « dont, pour les pharmaciens, la licence délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente »~~

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement tend, s'agissant des pharmaciens, à réserver aux seuls pharmaciens titulaires d'une officine de pharmacie, c'est-à-dire exerçant la profession à titre libéral, la possibilité d'être associés au sein de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

D'une part, en effet, l'ensemble du dispositif de la SISA a pour objet de permettre à des professionnels de santé libéraux relevant de professions différentes de se regrouper pour l'exercice en commun de certaines activités à finalité thérapeutique relevant de leurs professions respectives.

D'autre part, indépendamment de cette remarque, il n'apparaît pas souhaitable que des pharmaciens adjoints, exerçant à titre de salarié dans une officine de pharmacie, puissent être associés à titre personnel dans la SISA alors que les nouvelles missions prévues par la loi HPST s'exercent essentiellement dans le cadre de l'activité des pharmaciens d'officine et non à titre personnel au regard du seul diplôme de docteur en pharmacie. Par suite, seul peut être associé dans la SISA le titulaire de l'officine, sauf pour celui-ci à déléguer le cas échéant un pharmacien adjoint dans le cadre de l'activité de la SISA.

Au surplus, la présence d'un pharmacien adjoint en qualité d'associé de la SISA est de nature à générer certaines difficultés, ne serait-ce que dans l'éventualité de la rupture du contrat de travail liant le titulaire de l'officine à son adjoint.

## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Olivier JARDE, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*avant*  
*Article additionnel ~~à~~ l'article 9*

Insérer l'article suivant :

« L'article L.6161-2 du Code de la Santé Publique est ainsi modifié :

I. Rédiger ainsi la première phrase du premier alinéa : « Les praticiens qui exercent régulièrement leurs activités dans un établissement de santé privé auquel ils sont contractuellement liés forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins ».

II. Il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'accomplissement de ses missions, la Conférence médicale d'Etablissement est dotée de la personnalité morale de droit privé dont les modalités essentielles de représentation et de fonctionnement feront l'objet d'un règlement intérieur dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Le Président de la conférence Médicale d'Etablissement, ou son délégué, est membre de droit à titre consultatif des organes dirigeants de l'établissement de santé privé chaque fois que l'activité médicale de l'établissement est concernée par un point de son ordre du jour.

« Dans les cas où des dispositions légales ou réglementaires prévoient sa consultation préalable, l'avis de la Conférence Médicale d'Etablissement doit être joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formées par un établissement de santé privé et annexé à toutes conventions conclues par ce dernier. »

#### EXPOSE DES MOTIFS

Si de nombreuses dispositions réglementaires évoquent les nécessaires avis, consultations préalables, informations, participations de la Conférence Médicale d'Etablissement et/ou de son



Président, seule une disposition légale, l'article L.6161-2 du Code de la Santé publique mentionne de façon lapidaire l'existence de plein droit de la Conférence médicale d'Etablissement et ses missions générales.

Aucune disposition légale ou réglementaire ne prévoit de conséquences juridiques, pour ne pas dire de sanction, en cas d'omission de la consultation préalable, même normalement obligatoire, de la CME par les établissements de santé privés.

Il arrive ainsi fréquemment que les praticiens libéraux exerçant dans un établissement de santé privé ne soient informés qu'a posteriori des demandes d'autorisations ou d'agrément entraînant des modifications, voire parfois la suppression d'activités médicale, ou des conventions y afférant conclues par leur établissement.

Il convient donc de remédier à cette situation en prévoyant désormais la nécessité pour l'établissement de santé privé de joindre à ses demandes ou d'annexer aux conventions conclues l'avis de la CME.

De même, il convient de remédier à cette situation parfaitement anormale qui fait que les représentants du personnel salarié d'une Clinique peuvent être mieux informés du devenir et des perspectives de la société de l'établissement de santé privé, grâce aux dispositions protectrices les concernant, que les praticiens libéraux qui y assurent l'activité médicale.

Aucun développement d'un établissement de santé privé ne peut se faire sans que soient impliqués et associés les praticiens y exerçant régulièrement et liés contractuellement.

Le renforcement du rôle de la CME implique nécessairement de la doter de la personnalité morale et de prévoir l'élaboration d'un règlement intérieur précisant ses modalités essentielles de représentation et de fonctionnement dans des conditions qui devront être précisées par voie réglementaire.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe LAGARDE

Article additionnel après l'article ■ 3

Article additionnel après l'article ■ 3 :

Insérer l'article suivant :

« Art. L. 6161-4-1. - Afin de remédier à une difficulté d'accès aux soins constatée par l'agence régionale de santé, un établissement de santé ou un titulaire d'autorisation peut être assujéti, par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, à garantir, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence. L'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation modifie le cas échéant les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale mentionnés au premier et deuxième alinéa de l'article L. 4113-9. Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture sans faute. »

EXPOSE DES MOTIFS

Dans certains territoires, il existe une offre de **soins à tarif opposable** trop limitée. Le présent amendement vise à donner au directeur général de l'agence régionale de santé des outils permettant de garantir à la population la possibilité d'un accès à des soins respectant le tarif opposable, au moins pour les soins les plus lourds et coûteux, qui sont délivrés en établissements.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Pascal BRINDEAU, Olivier JARDE, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Article additionnel après l'article ~~2~~ ~~3~~ 5

Ajouter un article ainsi rédigé :

A l'article L.1435-4 du Code de la santé publique, supprimer la dernière phrase de l'alinéa 2.

**EXPOSE DES MOTIFS :**

Par souci de cohérence et pour éviter à la fois une rupture de la continuité territoriale entre les régions et des inégalités entre les médecins eux-mêmes, le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux, doit être conforme à un contrat type national négocié entre les partenaires conventionnels.

En l'absence de contrat type national, aucun contrat type régional ne saurait être signé, sous peine de vider de tout sens le système conventionnel national.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article additionnel après l'article ~~21~~ 3 ~~1~~*

Ajouter un article ainsi rédigé :

« A l'article L.6314-1 du Code de la santé publique, à l'alinéa 1, après les mots « dans le cadre de leur activité libérale » insérer les mots suivants « et sur la base du volontariat ».

EXPOSE DES MOTIFS

Si la permanence des soins est une mission de service public, elle doit rester basée sur le volontariat des praticiens. Poser ce principe dans la partie législative du Code de la santé publique, et pas seulement dans la partie réglementaire, renforce le caractère du volontariat de la permanence des soins.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

*Après l'article 3* Article additionnel après l'article 31  
Ajouter un article ainsi rédigé :

« Le 1° du I de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale du 19.12.2007 est supprimé.

Le 2° devient 1°.

Le 3° devient 2°.

Le 4° devient 3°. »

« Les deux premières phrases de l'alinéa suivant le 4° devenu le 3° sont supprimées. La dernière phrase de cet alinéa est remplacée par la phrase suivante :

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par les conventions mentionnées aux articles L.162-14-1, L.162-16-1, L.162-32-1 et L.322-5 du code de la sécurité sociale, ou le cas échéant, par le règlement arbitral visé à l'article L.162-14-2 du code de la sécurité sociale. Elles peuvent également faire l'objet de dispositions communes au sein de l'accord-cadre conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professionnels de santé mentionné à l'article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale. ».

La 2ème phrase de l'alinéa suivant est supprimée.

Dans le dernier alinéa du I après le mot « réalisée » la fin de la phrase est supprimée et remplacée par les termes suivants : « par les parties conventionnelles ».

EXPOSE DES MOTIFS

L'article 44 (modifié) de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 a posé le principe des expérimentations portant sur des nouveaux modes de

rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé ou des maisons de santé complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant. Ces expérimentations sont prévues pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2008.

Le financement est assuré par les 3 régimes d'assurance maladie obligatoire composant l'UNCAM. Un décret d'application (décret n°2009-474 du 27 avril 2009) complète ces dispositions et définit les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations.

Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé (ARS) qui concluent des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires. Ces conventions également signées par la caisse locale assurant les paiements fixent notamment le montant des rémunérations, les conditions de versement. Les organismes complémentaires peuvent être également signataires s'ils participent à l'organisation et au financement.

Afin d'assurer une cohérence dans la réflexion actuelle menée par l'Etat, l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé sur la diversification des modes de rémunération des professionnels de santé, il apparaît nécessaire que les modalités de mise en œuvre et la fixation de ces nouveaux modes de rémunération mis en place dans le cadre de ces expérimentations s'intègrent dans le champ des discussions conventionnelles.

Cette même démarche a déjà conduit le législateur dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (article 53) à intégrer dans le champ de la convention médicale les modalités de fixation de la rémunération en contrepartie du respect d'engagements individualisés. L'objet de la proposition de mesure législative ci-après est donc de donner compétence aux partenaires conventionnels des différentes professions pour déterminer les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations.

Ces expérimentations impliquant des professionnels de santé différents : médecins, infirmières, etc., il est possible que ces dispositions concernant les nouveaux modes de rémunérations fassent l'objet de dispositions communes au sein de l'accord-cadre entre l'UNCAM et l'UNPS visé à l'article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale.

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

Article additionnel après l'article 6

Insérer l'article suivant :

« L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est réparti en sous- objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladies. ».

EXPOSE DES MOTIFS

Il convient de supprimer les sous-objectifs de l'ONDAM afin de pouvoir créer des enveloppes régionales qui prendront en compte des critères de mortalité, morbidité, âge et richesse des différentes régions.

La création des ARS permet de revenir sur l'un des défauts majeurs de notre système de santé, la séparation absurde de la prévention et du soin, de la médecine de ville et des établissements, du sanitaire et du médico-social.

Un responsable unique de la santé au niveau régional constitue un progrès. Il est illogique de maintenir des sous-objectifs pour l'ambulatoire, l'hospitalisation, le médico-social.

**Il convient de voter une enveloppe régionale confiée à chaque ARS lui permettant de réaliser les arbitrages en fonction des besoins de santé de la région.**

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

avant  
Article additionnel à l'article 9

Après le dernier alinéa de l'article 6144-1 du code de la santé publique, insérer l'alinéa suivant :

« Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il joint à sa proposition celles du président de la CME et du chef de pôle ».

EXPOSE DES MOTIFS :

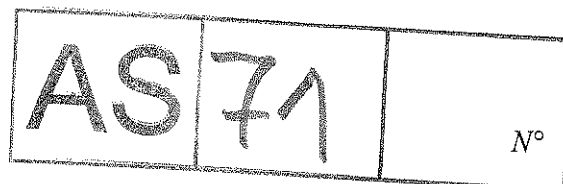
S'il est indispensable que le directeur, en tant que président du directoire, dispose d'un véritable pouvoir de nomination dans l'établissement, il doit pleinement s'appuyer sur la communauté médicale, représentée par le président de la CME, dans le cadre du processus de nomination et de mise en position de recherche d'affectation du personnel médical.

Il est donc proposé de mentionner la proposition « initiale » du management de proximité, le chef de pôle, et la proposition du président de CME lors de la transmission au Centre national de Gestion.

En outre, il est important que la mise en position de recherche d'affectation puisse être proposée par le président du directoire en cas d'insuffisance professionnelle manifeste. Actuellement, il est particulièrement difficile pour les responsables hospitaliers de traiter ce type de situations, lorsqu'elles concernent des personnels médicaux. Il s'agit pourtant d'une condition élémentaire de bonne gestion du personnel médical et d'efficience dans l'organisation des soins.

Il est donc demandé de garantir aux responsables hospitaliers les outils d'un véritable management du personnel médical, y compris en cas de défaillance de certains professionnels





ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI  
PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET  
AUX TERRITOIRES N°3238

AMENDEMENT N°

Présenté par

Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE

avant  
Article additionnel ~~à~~ l'article ■ 9

Après le dernier alinéa de l'article 6144-1 du code de la santé publique, insérer l'alinéa suivant :

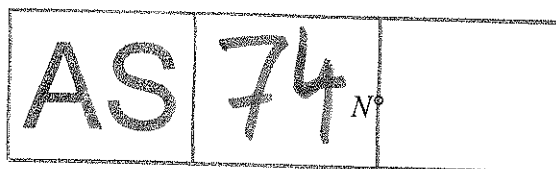
« Le projet médical de l'établissement est préparé et adopté par la CME »

**EXPOSE DES MOTIFS :**

Le projet médical doit être préparé et adopté par la CME pour répondre aux besoins de la population et assurer des soins de qualité.

Le directeur ne peut de son propre chef arrêter un projet médical qui ne serait pas validé par la CME

APRES ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mars 2011

### PROPOSITION DE LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES N°3238

#### AMENDEMENT N°

*Présenté par*

*Jean Luc PREEL, Olivier JARDE, Pascal BRINDEAU, Claude LETEURTRE, Jean-Christophe  
LAGARDE*

*Article 2*

Le deuxième aliéna du I de l'article 2 est ainsi rédigé :

« Elle assure des activités de soins, sans hébergement, de premier recours au sens de l'article L 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L 1411-12, et peut participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre du projet de santé qu'elle élabore et de conditions techniques de fonctionnement déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

#### EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent amendement, concerne les maisons de santé.  
Pour éviter toute ambiguïté du périmètre d'intervention des maisons de santé, au regard des activités de soins de type hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire et hospitalisation à temps partiel qui relèvent exclusivement des établissements de santé, le présent amendement précise les activités de soins dispensés dans les maisons de santé.

# ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi (N° 3238)  
relative à la réforme de l'Hôpital

AMENDEMENT  
Présenté par  
M. DOOR

AS	76	
----	----	--

## Article additionnel

Après l'article  21

Rédiger comme suit cet article :

« L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° les mots : « à l'occasion d'un acte lié à la naissance » sont supprimés ;

« 2° après les mots : « en application de l'article L. 1142-2 », la fin de l'article est ainsi rédigée : « , sans que l'office puisse se retourner contre le professionnel » ».

II. — La perte de recettes pour l'ONIAM est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts

Exposé des motifs

Depuis plusieurs années, les médecins libéraux exerçant des spécialités officiellement reconnues « à risque » (l'obstétrique, l'anesthésie et la chirurgie) interpellent les pouvoirs publics sur le risque que constitue pour eux l'engagement de leur responsabilité civile en cas d'accident médical. En effet, les indemnités allouées aux victimes peuvent dépasser le « plafond de garantie » réglementaire (3 millions d'euros), le praticien devant verser le reste sur ses fonds personnels.

Ce risque conduit les assureurs à exiger des primes très élevées, sans rapport avec la sinistralité observée, pour constituer des provisions. Or ces primes sont prises en charge en partie par l'assurance maladie.

Le récent rapport JOHANET sur la Responsabilité Civile Professionnelle donne les pistes compatibles avec l'amendement proposé et évoque même la mutualisation de l'ensemble des Professionnels de santé libéraux pour les sinistres supérieurs à 3 millions d'euros via la création d'une surcotisation calculée en valeur et dotée d'un montant minimal.

Faute de réponse convaincante des pouvoirs publics à ce problème, les praticiens sont de plus en plus nombreux à abandonner l'exercice des spécialités concernées, ce qui posera de sérieuses difficultés d'accès aux soins à court terme. Pour apporter une solution définitive au problème, cet amendement propose de faire intervenir l'ONIAM.

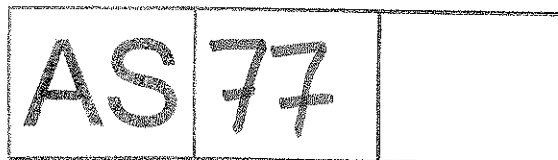
# ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi (N° 3238)  
relative à la réforme de l'Hôpital

AMENDEMENT

Présenté par

M. DOOR



Article additionnel

Après l'article 18

I. - Il est inséré dans le code de la santé publique, après l'article L. 5124-17, un article L. 5124-17-1, ainsi rédigé :

« Art. L. 5124-17-1 Les entreprises pharmaceutiques d'exploitation ou de distribution en gros de médicaments ne peuvent vendre à des officines des médicaments en quantités manifestement disproportionnées aux besoins de la dispensation au détail que les officines sont autorisées à exercer. Si elles reçoivent des commandes de cette nature, elles s'abstiennent de les honorer et en informent les autorités de santé compétentes ».

II. - il est ajouté à l'article L. 5124-18 du code de la santé publique, après le 13°, un 14° ainsi rédigé :

« 14° Les mesures que les entreprises pharmaceutiques d'exploitation ou de distribution en gros sont tenues de prendre en vue de prévenir d'éventuelles ventes de médicaments à des officines en quantités manifestement disproportionnées aux besoins de la distribution au détail que ces officines sont autorisées à exercer. »

## Exposé des motifs

Il a été constaté que certaines officines de pharmacie achètent à leurs fournisseurs, exploitants d'AMM, grossistes-répartiteurs ou dépositaires, certains médicaments en quantités sans commune mesure avec l'activité de dispensation au détail qui doit être celle des pharmaciens officinaux. Il importe de mettre fin à de telles pratiques, qui peuvent couvrir des trafics douteux, en donnant aux fournisseurs l'obligation de refuser des commandes de cette nature et d'en aviser, si nécessaire, les autorités de santé compétentes.

Ces dernières pourront ainsi enquêter sur les faits et, s'il y a lieu, porter plainte contre leurs auteurs auprès de la chambre de discipline compétente de l'Ordre national des pharmaciens.

# ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi (N° 3238)  
relative à la réforme de l'Hôpital

AMENDEMENT

Présenté par

M. DOOR



Article additionnel

Après l'article 18

I. - Il est inséré dans le code de la santé publique, après l'article L. 5124-17-2, un article L. 5124-17-3, ainsi rédigé :

« Art. L. 5124-17-3 Les entreprises pharmaceutiques d'exploitation ou de distribution en gros de médicaments ne peuvent vendre à des officines des médicaments en quantités manifestement disproportionnées aux besoins de la dispensation au détail que les officines sont autorisées à exercer. Si elles reçoivent des commandes de cette nature, elles s'abstiennent de les honorer et en informent les autorités de santé compétentes ».

II. - il est ajouté à l'article L. 5124-18 du code de la santé publique, après le 14°, un 15° ainsi rédigé :

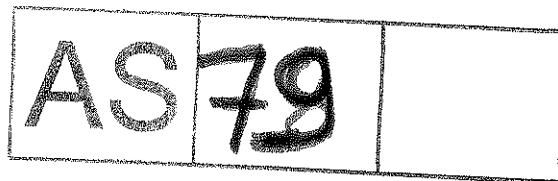
« 15° Les mesures que les entreprises pharmaceutiques d'exploitation ou de distribution en gros sont tenues de prendre en vue de prévenir d'éventuelles ventes de médicaments à des officines en quantités manifestement disproportionnées aux besoins de la distribution au détail que ces officines sont autorisées à exercer. »

## Exposé des motifs

Il a été constaté que certaines officines de pharmacie achètent à leurs fournisseurs, exploitants d'AMM, grossistes-répartiteurs ou dépositaires, certains médicaments en quantités sans commune mesure avec l'activité de dispensation au détail qui doit être celle des pharmaciens officinaux. Il importe de mettre fin à de telles pratiques, qui peuvent couvrir des trafics douteux, en donnant aux fournisseurs l'obligation de refuser des commandes de cette nature et d'en aviser, si nécessaire, les autorités de santé compétentes.

# ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi (N° 3238)  
relative à la réforme de l'Hôpital



AMENDEMENT

Présenté par

M. DOOR

## Article 3 bis nouveau

Rédiger comme suit cet article :

Article L. 6112-3-2 « Pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 dans un établissement de santé assurant cette mission et ayant reçu à ce titre une compensation financière prévue au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat prévu au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du présent code et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé par la caisse primaire d'assurance maladie désignée par l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, via une association de recouvrement des honoraires créée à cette fin par les médecins libéraux participant à la mission de service public de permanence des soins au sein de cet établissement de santé ».

« Un arrêté des Ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe les conditions de l'indemnisation forfaitaire ».

### Exposé des motifs

La planification sanitaire a pour objet principal de garantir une égalité d'accès aux soins et une qualité des soins homogène à l'ensemble de la population.

Pour répondre à cet objectif, il est indispensable que les activités qui, comme la permanence des soins, mobilisent des moyens humains, matériels et immobiliers qui ne sont pas couverts par les tarifs prévus dans le dispositif de financement de l'activité, soit financés par ailleurs.

Le présent amendement a pour objet de proposer un mécanisme de financement de la permanence des soins en établissement de santé qui prenne en compte la mobilisation de moyens déployés par l'établissement pour participer à cette mission de service public et qui préserve le statut libéral des médecins concernés. L'établissement de santé n'étant par définition pas le débiteur de la rémunération des médecins libéraux, il convient de préciser l'amendement gouvernemental en indiquant que cette rémunération est bien versée par la Caisse primaire d'assurance maladie aux médecins participant à cette mission, via une

association de recouvrement des honoraires créée et gérée par les médecins libéraux concernés.

Il est en effet indispensable de préserver l'étanchéité de la rémunération des médecins libéraux exerçant au sein de l'établissement de celle de l'établissement de santé privé ex-OQN. En effet, l'ARS disposera seule du pouvoir de contrôle et de sanction des médecins qui ne respecteraient pas leurs engagements et assumera une éventuelle inadéquation entre la participation effective à la mission de service public et la rémunération versée.

L'arrêté prévu dans ce projet d'amendement fixera les conditions techniques d'indemnisation des médecins libéraux et des établissements de santé pour leur participation à la permanence des soins et permettra ainsi de garantir une harmonisation sur l'ensemble du territoire.



**PROPOSITION DE LOI**

**adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (n° 3238)**

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 mars 2011.

---

**AMENDEMENT N° ...**

*présenté par Bérengère POLETTI*

*Cosigné par M. Jean-Pierre Door, M. Yves Bur, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Fernand Siré*

*et Mme Valérie Boyer, rapporteur*

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 17**

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est supprimée.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à faciliter l'accès des femmes à la contraception.

Les sages-femmes sont des professions médicales qui jouent déjà un rôle privilégié auprès des femmes, en particulier au cours de la grossesse. L'élargissement de leur champ de compétence en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention vise désormais toutes les femmes, en toutes circonstances, à l'exception des femmes en cas de situation pathologique qui doivent être adressées à un médecin.

Le renvoi exclusif au médecin traitant revient à priver de toute portée cette compétence reconnue par la loi HPST aux sages-femmes de réaliser des consultations en matière de contraception et aboutit à la rendre inapplicable.

Cette disposition est de plus en contradiction avec la possibilité dont disposent les sages-femmes de prescrire des examens nécessaires à l'exercice de leur profession.

Proposition de loi  
modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009  
portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

AMENDEMENT N° .....

*présenté par Jacques Domergue et Rémi Delatte*

~~A~~ Après article 13  
insérer l'article suivant :

Après l'article L.4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L.4131-2-1 ainsi rédigé :  
« Article L.4131-2-1. - Un médecin salarié d'un établissement de santé, absent temporairement, peut être remplacé durant cette absence par une personne remplissant les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 4131-2 et autorisée à exercer la médecine conformément au quatrième alinéa du même article.

Le directeur de l'établissement de santé respecte les obligations liées à la formation universitaire ainsi qu'à la formation pratique et théorique de la personne remplaçant un médecin salarié dans les conditions prévues au premier alinéa.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'article L4131-2 du CSP prévoit que les étudiants ayant validé la totalité du 2<sup>nd</sup> cycle ainsi qu'un certain nombre de semestres du 3<sup>ème</sup> cycle soient autorisés à exercer la médecine au titre de remplacement d'un médecin libéral

Il faudrait insérer un article L 4131-2-1 afin de prévoir explicitement qu'un médecin salarié d'un établissement de santé puisse être remplacé en cas d'absence temporaire par un étudiant remplissant les mêmes conditions que celles prévues à l'article L 4131-2.

Proposition de loi  
modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009  
portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

AMENDEMENT N° .....

*présenté par Jacques Domergue et Rémi Delatte*

Après l'article ~~3~~ : 3  
insérer l'article ~~suivant~~ :

Après l'article L. 4111-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4111-1-1 ainsi rédigé :

« Article L. 4111-1-1 : Par dérogation au 1° de l'article L. 4111-1, peuvent exercer la profession de médecin les personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France et remplissant les conditions suivantes :

1° Avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales,

2° Avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé par décret en fonction de la spécialité suivie. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les articles L. 4111- 1 du Code de la santé publique et L632-4 du Code de l'éducation prévoient que l'obtention du diplôme d'études spéciales (DES) constitue une condition d'exercice de la médecine.

Il est envisagé d'instaurer une année de séniorisation encadrée à l'issue de l'internat et avant l'obtention du DES. Il faudrait donc introduire une disposition dérogatoire à l'art. 4111- 1 du CSP visant à reconnaître le plein exercice aux internes pendant cette période de séniorisation en déconnectant la question du plein exercice de l'obtention du DES.

## Proposition de loi

**Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital  
et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

**N°3238**

**AMENDEMENT**

**Présenté par :**

AS	83	
----	----	--

Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

### **Article 2**

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle ne peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale qu'à la condition d'appliquer les tarifs opposables. »

### **Exposé des motifs**

Les auteurs de cet amendement considèrent qu'aucune structure ne peut pouvoir bénéficier de fonds publics si elle n'applique pas les tarifs opposables. Aussi proposent-ils de le préciser.

## Proposition de loi

**Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital  
et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

**N°3238**

**AMENDEMENT**

**Présenté par :**



Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

### Article 2

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle applique le tiers payant »

### Exposé des motifs

Les auteurs de cet amendement considèrent que les maisons de santé peuvent participer à la réduction des déserts médicaux qui nuisent à l'accès à la santé des concitoyens en ce sens qu'elles peuvent inciter certains professionnels à s'installer dans des zones sous denses. Toutefois, il est impératif que la loi prévoit expressément que ces structures appliquent des tarifs opposables et le tiers payant, afin d'éviter qu'au handicap géographique se substitue un handicap financier.

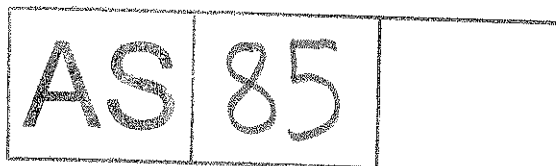
## Proposition de loi

**Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital  
et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

**N°3238**

**AMENDEMENT**

**Présenté par :**



Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

### **Article 2**

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle ne peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale qu'à la condition d'appliquer les tarifs opposables et le tiers payant. »

### **Exposé des motifs**

Les auteurs de cet amendement considèrent qu'aucune structure ne peut pouvoir bénéficier de fonds publics si elle n'applique pas les tarifs opposables. Ils estiment par ailleurs qu'il est important, pour ne pas voir se superposer un handicap financier au handicap géographique existant, que les maisons de santé doivent impérativement appliquer le tiers payant. C'est le sens du présent amendement.

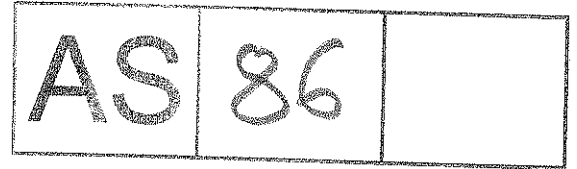
## Proposition de loi

Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital  
et relative aux patients, à la santé et aux territoires

N°3238

AMENDEMENT

Présenté par :



Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

### Article 3

Après le premier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

1A° Au troisième alinéa, le mot : « peut » est remplacé par le mot : « doit ».

#### Exposé des motifs

Amendement proposant de rendre obligatoire la proposition d'adhésion au contrat santé solidarité formulée par le directeur général de l'ARS en direction des médecins afin de répondre aux besoins de santé de la population des zones sous dotées.

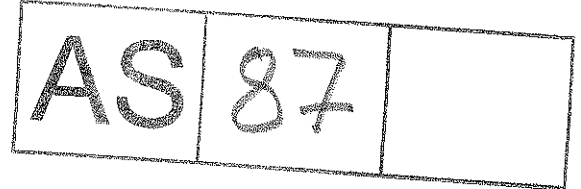
## Proposition de loi

### Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

N°3238

AMENDEMENT

Présenté par :



Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

#### Article additionnel après l'article 3

Après l'article 3, insérer un article ainsi rédigé :

Après l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L1434-8-1 - Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

« 1° la densité et le niveau d'activité, et l'âge des professionnels de santé ;

« 2° la part des professionnels de santé qui exercent dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« 3° l'éloignement des centres hospitaliers ;

« 4° la part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis à la conférence régionale de santé. »

#### Exposé des motifs

Le rapport d'information de M. Bernier de 2008 déposé au nom de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et adopté à l'unanimité a montré que le zonage des aides à l'installation des professionnels de santé ne paraît pas toujours pertinent aux acteurs de terrain.

C'est pourquoi il est proposé de fixer certains critères pour ce zonage, et de le soumettre pour avis à la conférence régionale de santé, qui rassemble les élus locaux et les principaux acteurs du système de santé en région.



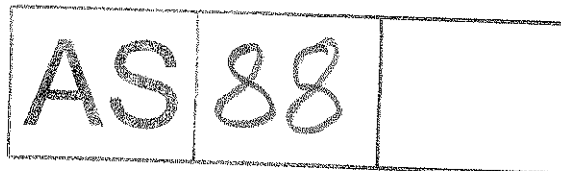
## Proposition de loi

Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital  
et relative aux patients, à la santé et aux territoires

N°3238

AMENDEMENT

Présenté par :



Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

### Article additionnel après l'article 3

Après l'article 3, insérer un article ainsi rédigé :

Au 3ème alinéa de l'article L162-1-14-1 du code de la Sécurité sociale, remplacer les mots  
« le tact et la mesure » par les mots « le montant du tarif opposable »

### Exposé sommaire

Les auteurs de cet amendement souhaitent plafonner les dépassements  
d'honoraires en les limitant au montant du tarif opposable.

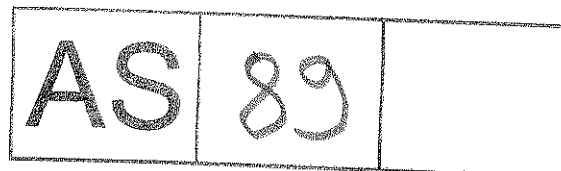
## Proposition de loi

**Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital  
et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

N°3238

AMENDEMENT

Présenté par :



Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

**Article additionnel après l'article 4 <sup>3</sup>**

Après l'article <sup>3</sup> 0, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation, après les mots : « les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié », sont insérés les mots : « , y compris dans le cadre de remplacements de médecins généralistes ou spécialistes, ».

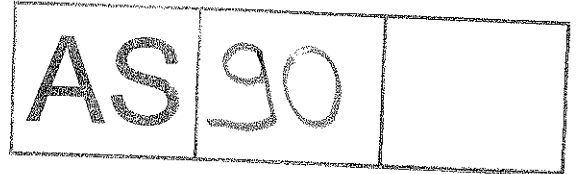
### Exposé des motifs

Les auteurs de cet amendement considèrent que les réalités de la démographie médicale imposent de recourir à des mesures incitatives fortes. Ils proposent donc que les étudiants s'engageant à exercer à titre libéral ou salarié en contrepartie de l'allocation mentionnée à l'article L632-6 du code de l'éducation puissent le faire dans le cadre de remplacements de médecins généralistes ou spécialistes.

## Proposition de loi

**Visant à modifier certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital  
et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

**N°3238**



**AMENDEMENT**

**Présenté par :**

Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, M. Roland Muzeau

### Article 5

A l'alinéa 3, après le mot :

« prévoit, »

Insérer les mots :

« dont le respect des tarifs opposables, »

### Exposé des motifs

Les auteurs de cet amendement proposent que le bénéfice du complément forfaitaire de rémunération et de la majoration de participation de l'article L162-14-1 soit conditionné au respect par les professionnels des tarifs opposables inscrits dans les contrats de bonne pratique auquel ils adhèreront.