

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 2/2

Le rapporteur n'est pas soumis au délai de dépôt

Numéro provisoire :
Numéro définitif :

ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi
Adoptée par le Sénat
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 Élie ABOUD

ARTICLE ADDITIONNEL APRES ARTICLE ■ 6

Après l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans l'intitulé, les mots : « et ambulanciers » sont remplacés par les mots : « , ambulanciers et assistants dentaires » ;

2° Le titre IX est ainsi modifié :

a) Dans l'intitulé, les mots : « et ambulanciers » sont remplacés par les mots : « , ambulanciers et assistants dentaires » ;

b) Après le chapitre III, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

« Chapitre III *bis*

« Assistants dentaires

« Art. L. 4393-8. - La profession d'assistant dentaire consiste à assister le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste dans son activité professionnelle. Dans ce cadre, l'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.

« Art. L. 4393-9. - Peuvent exercer la profession d'assistant dentaire et porter le titre d'assistant dentaire, les personnes titulaires du diplôme d'État mentionné à l'article L. 4393-10 ou titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 4393-11.

« Art. L. 4393-10. - Le diplôme mentionné à l'article L. 4393-9 est le diplôme d'État français d'assistant dentaire.

« Les modalités de la formation et notamment les conditions d'accès, le référentiel de certification

Numéro provisoire :

Numéro définitif :

ainsi que les modalités de délivrance du diplôme d'État sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis d'une commission dont la composition est fixée par décret et qui comprend des représentants de l'État, des chirurgiens dentistes et des assistants dentaires.

« Art. L. 4393-11. - Peuvent être autorisés à exercer la profession d'assistant dentaire, sans posséder le diplôme mentionné à l'article L. 4393-10, les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi avec succès un cycle d'études les préparant à l'exercice de la profession et répondant aux exigences fixées par voie réglementaire, et qui sont titulaires :

1° D'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice de la profession dans un État membre ou un État partie qui réglemente l'accès ou l'exercice de la profession, délivrés :

« a) Soit par l'autorité compétente de cet État et sanctionnant une formation acquise de façon prépondérante dans un État membre ou un État partie, ou dans un pays tiers, dans des établissements d'enseignement qui dispensent une formation conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives de cet État membre ou partie ;

« b) Soit par un pays tiers, à condition que soit fournie une attestation émanant de l'autorité compétente de l'État membre ou de l'État partie qui a reconnu le ou les diplômes, certificats ou autres titres, certifiant que le titulaire de ce ou ces diplômes, certificats ou autres titres a une expérience professionnelle dans cet État de deux ans au moins ;

« 2° Ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres sanctionnant une formation réglementée, spécifiquement orientée sur l'exercice de la profession, dans un État membre ou État partie qui ne réglemente pas l'accès ou l'exercice de cette profession ;

« 3° Ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres obtenus dans un État membre ou un État partie qui ne réglemente ni l'accès ou l'exercice de cette profession ni la formation conduisant à l'exercice de cette profession, à condition de justifier d'un exercice à temps plein de la profession pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes ou pendant une période équivalente à temps partiel dans cet État, à condition que cet exercice soit attesté par l'autorité compétente de cet État.

« Lorsque la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme du diplôme mentionné à l'article L. 4393-10, ou lorsqu'une ou plusieurs des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné audit diplôme ne sont pas réglementées par l'État d'origine ou de provenance ou sont réglementées de manière substantiellement différente, l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation peut exiger, après avoir apprécié la formation suivie et les acquis professionnels, que l'intéressé choisisse soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder deux ans et qui fait l'objet d'une évaluation.

« Un décret en Conseil d'État détermine les mesures nécessaires à l'application du présent article.

Numéro provisoire :

Numéro définitif :

« Art. L. 4393-12. - Les assistants dentaires sont tenus de faire enregistrer sans frais leur diplôme, certificat, titre ou autorisation auprès du service de l'État compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme. Il est établi, pour chaque département, par le service de l'État compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

« Nul ne peut exercer la profession d'assistant dentaire si son diplôme, certificat, titre ou autorisation n'a pas été enregistré conformément au premier alinéa.

« Art. L. 4393-13. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4393-9, peuvent continuer à exercer la profession d'assistant dentaire et à porter le titre d'assistant dentaire les personnes, titulaires ou en cours d'obtention, à la date d'entrée en vigueur du présent texte, de l'un des certificats ou titres suivants :

« 1° Le certificat de qualification des assistants dentaires délivré par l'association pour la formation et le perfectionnement des personnels des cabinets dentaires ;

« 2° Le certificat de qualification d'assistant dentaire délivré par la Commission nationale des qualifications des assistants odonto-stomatologistes ;

« 3° Le titre d'assistant dentaire délivré par la société anonyme Passeport Formation - centre de qualification et de formation dentaire ;

« 4° Le titre d'assistant dentaire délivré par l'école supérieure d'assistantat dentaire.

« Art. L. 4393-14. - Les professionnels disposent d'un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi pour satisfaire à l'obligation d'enregistrement prévue à l'article L. 4393-12.

« Les diplômes et titres mentionnés à l'article L. 4393-13, délivrés postérieurement à la date de publication du programme de formation du diplôme d'État français d'assistant dentaire, ne permettent plus l'exercice de la profession d'assistant dentaire, sauf dispositions contraires fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

3° Le chapitre IV est complété par un article L. 4394-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 4394-4. - L'usage sans droit de la qualité d'assistant dentaire ou d'un diplôme, certificat, ou autre titre légalement requis pour l'exercice de cette profession est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables de ce délit, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent les peines prévues pour le délit d'usurpation de titre aux articles 433-17 et 433-25 du même code. »

Numéro provisoire :
Numéro définitif :

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les assistants dentaires (AD) sont des collaborateurs des chirurgiens-dentistes : ils assistent le praticien pendant les soins, préparent les instruments et produits nécessaires, et assurent la pré-désinfection, le nettoyage et la stérilisation des instruments. En pratique, les AD sont souvent chargés aussi de l'accueil des patients, de leur information sur la prise en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires, de la gestion des rendez-vous et de tâches administratives diverses (préparation et mise à jour des dossiers des patients, commandes de matériel, relations avec le laboratoire de prothèse, etc.). Dans certains cas, et selon leur niveau de compétence, des fonctions plus médicales leur sont confiées comme le conseil aux patients en matière d'hygiène et de prévention, voire certains actes, préventifs notamment, ne nécessitant pas la technicité d'un chirurgien-dentiste.

L'inscription de la profession d'assistant dentaire au code de la santé publique répond aux considérations suivantes :

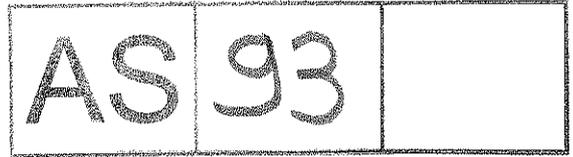
1) Elle constitue la reconnaissance des assistant(e)s dentaires comme professionnel(le)s de santé et leur intégration dans la chaîne du soin ouvrant ainsi la voie à l'élévation de leur niveau de formation (avec un diplôme national délivré par le ministère chargé de la santé) ainsi qu'à un élargissement de leurs compétences.

2) L'inscription dans le CSP permet également d'intégrer les assistant(e)s dentaires dans la grille des emplois de la fonction publique hospitalière : actuellement les services hospitaliers d'odontologie, (c'est aussi le cas des UCSA et d'autres structures publiques) ne peuvent pas employer d'assistants dentaires et sont obligés d'avoir recours à des aides-soignantes ou des infirmières que leur formation n'a pas toujours préparées à cette fonction.

En outre :

-Le chapitre XIII intitulé "Les soins dentaires" du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale paru en septembre 2010, consacre un chapitre assez détaillé à ce sujet (pages 18 à 20), dans lequel il rappelle tout l'intérêt qu'il y aurait - en particulier du point de vue de l'hygiène et de la stérilisation, ainsi que de la prévention - à relever le niveau de formation de cette profession.

3) L'Igas chargé du rapport sur ce sujet, le Dr Gilles Duhamel, se montre, dans son rapport, favorable à une telle évolution.



Numéro provisoire :
Numéro définitif :

ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi
Adoptée par le Sénat
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 Élie ABOUD

ARTICLE 20

Les 2° et 3° du I de l'article 20 est modifié de la façon suivante

« I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

2° À la deuxième phrase du second alinéa des articles L. 4112-2 et L. 4123-10 et au troisième alinéa de l'article L. 4123-12, les mots : « médecin inspecteur départemental de santé publique » sont remplacés par les mots : « médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

3° Au 1° de l'article L. 4132-9 et aux articles L. 4142-5 et L. 4152-8, les mots : « Le médecin inspecteur régional de santé publique » sont remplacés par les mots : « Le médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de prendre en compte la création des agences régionales de santé, le sénat a adopté en première lecture des dispositions modifiant celles du code de la santé publique et relatives aux missions des médecins inspecteurs de santé publique.

Cependant, la modification ainsi introduite, en remplaçant le médecin inspecteur de santé publique par un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ne prend pas en considération la spécificité de chacun des ordres concernés.

S'il était pertinent que le médecin inspecteur de santé publique, fonction statutaire particulière, soit précédemment désigné, il n'est pas cohérent qu'un médecin, qui ne fait pas partie d'un corps de métier statutaire, soit désigné auprès des ordres des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes. Il est, par contre, tout à fait logique qu'un membre de ces professions soit désigné par le directeur général de l'ARS pour remplir les fonctions prévues par les textes précités.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons cette modification.

Numéro provisoire :
Numéro définitif :



ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi
Adoptée par le Sénat
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 Élie ABOUD

ARTICLE 20

Après l'alinéa 27,

Il est ajouté un 17° au I de l'article 20, rédigé de la façon suivante

17° Le deuxième alinéa de l'article L.4112-4 est complété par la phrase suivante :

« Elles peuvent être frappées d'appel devant le conseil national par toute personne intéressée ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de rétablir une phrase qui a disparu malencontreusement lors de l'adoption de la loi HPST, selon laquelle les décisions rendues par le conseil régional de l'ordre en matière d'inscription au tableau sont susceptibles de recours devant le conseil national de l'ordre, et d'y apporter certaines précisions conformes à la jurisprudence du Conseil d'État.

Proposition de loi n°3238 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

Présenté par MM. Jean-Pierre DOOR, Pierre MORANGE, Dominique TIAN et
Rémi DELATTE, Députés.

Article additionnel après l'article 12

Après l'article L. 1111-19 du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 1111-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-20.* – Avant l'échéance prévue au dernier alinéa de l'article L. 1111-14 et au plus tard avant le 31 décembre 2011, un dossier médical implanté sur un support portable numérique sécurisé est remis, à titre expérimental jusqu'au 31 décembre 2013, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Les dits bénéficiaires sont dûment informés des conditions d'utilisation de ce support.

Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du présent code fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation. Chaque année, avant le 15 septembre, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-14 et l'article L. 1111-19 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, garantissant notamment la sécurisation des informations recueillies et la confidentialité des données contenues dans les dossiers médicaux, après avis consultatif de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

EXPOSE DES MOTIFS

Cette mesure d'expérimentation du Dossier Médical Personnel (DMP) sur tout support portable numérique a pour objectif de permettre une meilleure coordination des soins et d'améliorer l'efficacité de notre système de santé. Ce dispositif ciblé pour les patients qui en ont le plus besoin, s'inscrit pleinement dans le cadre du programme actuel de relance du DMP. Il doit, en effet, permettre d'en préparer la montée en charge progressive et favoriser son appropriation par les patients et les professionnels de santé.

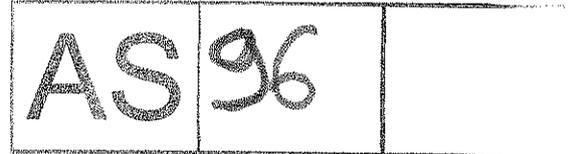
En outre, les professionnels de santé qui travaillent ou choisiront de travailler dans les SISA ou les maisons de santé sont très demandeurs d'outils efficaces de partage d'information. C'est en effet une meilleure circulation de l'information qui permettra d'aller encore plus loin en termes de qualité et de coordination des soins et d'évoluer vers une meilleure maîtrise de nos dépenses de santé en évitant notamment des actes redondants.

Ce dispositif est issu d'une préconisation de la Mission d'Information sur le DMP présidée par Jean-Pierre DOOR et de la MECSS, co-présidée par Pierre MORANGE et Jean MALLOT, il s'inscrit pleinement dans les objectifs de cette proposition de loi qui vient apporter de nouveaux outils pour une application plus effective de notre réglementation en matière de santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

Proposition de loi n°3238 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



Présenté par Edwige ANTIER, Rémi DELATTE, Jean-François CHOSSY et
Jean-Pierre DUPONT

Article additionnel après l'article 21

Après l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2132-2-2. - Dans le cadre des programmes prévus à l'article L. 1411-6, l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition.

Ce dépistage comprend :

1° Un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;

2° Lorsque celui-ci n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires réalisés, avant la fin du troisième mois de l'enfant, dans une structure spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement, agréée par l'agence régionale de santé territorialement compétente ;

3° Une information sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue mentionnée à l'article L. 312-9-1 du code de l'éducation, et leurs disponibilités au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille.

Chaque agence régionale de santé élabore, en concertation avec les associations, les fédérations d'associations et tous les professionnels concernés par les troubles de l'audition, un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en œuvre de ce dépistage, conformément à un cahier des charges national établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil national de pilotage des agences régionales de santé mentionné à l'article L. 1433-1.

Les résultats de ces examens sont transmis aux titulaires de l'autorité parentale et inscrits sur le carnet de santé de l'enfant. Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, les résultats sont également transmis au médecin de la structure mentionnée au 2° du présent article.

Ce dépistage ne donne pas lieu à une contribution financière des familles.

À échéance du 15 septembre 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu au présent article. Ce rapport dresse notamment le bilan de la réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci, et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ses objectifs.

Un arrêté détermine les conditions d'application du présent article.

Le cahier des charges national prévu à l'article L. 2132-2-2 du code de la santé publique est publié dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi.

Les agences régionales de santé mettent en œuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu au même article L. 2132-2-2 dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi.

Les instances exerçant pour les collectivités d'outre-mer les compétences dévolues aux agences régionales de santé sont tenues aux mêmes obligations que celles-ci pour l'application de la présente loi. »

Exposé Sommaire

Dans ce texte qui traite de questions relatives à l'exercice de la médecine de proximité, et réajuste certaines dispositions de la loi HPST, il s'agit de généraliser, en s'appuyant sur les Agences Régionales de Santé (ARS), les diverses expérimentations de dépistage précoce des troubles de l'audition qui ont été mises en place avec succès au cours de ces dernières années dans certaines maternités.

Elles s'appuient notamment sur les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) existants sur ces territoires pour le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement, alors que ces initiatives ne sont pas toujours bien coordonnées et inégalement réparties sur le territoire.

Alors qu'aujourd'hui, un enfant sur mille naît avec une déficience auditive et près de 800 sont diagnostiqués chaque année avant l'âge de deux ans. Les déficiences auditives sont susceptibles de retentir à la fois sur toutes les acquisitions, l'éducation, la scolarité et sur l'ensemble de la vie sociale, en raison de leur impact sur les possibilités de communiquer avec autrui.

Le diagnostic de la surdité est aujourd'hui posé en moyenne entre 16 et 18 mois, mais aussi parfois beaucoup plus tard. Or, l'ensemble de la communauté médicale considère que le dépistage et la prise en charge précoces de la surdité sont décisifs pour l'avenir de l'enfant et ce quels que soient le traitement et la prise en charge – appareillage, implants cochléaires, rééducation, oralisme, langue des signes française (LSF).

C'est pourquoi, l'ensemble des autorités scientifiques et sanitaires soulignent, de façon unanime, le bénéfice qu'il y aurait à généraliser le dépistage de la surdité chez l'enfant à certaines conditions. En février 2010, la Haute autorité de santé (HAS) a renouvelé sa recommandation de 2007 en faveur d'un dépistage systématique de la surdité permanente bilatérale au niveau national, rejoignant ainsi les préconisations de l'Académie nationale de médecine.

Cette mesure, très attendue, s'inscrit pleinement dans le cadre de la politique de réduction des inégalités de santé promue par le Gouvernement. De fait, aujourd'hui, il existe d'importantes disparités en matière de dépistage de la surdité, selon les établissements de santé, selon les régions.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Guy MALHERBE



ARTICLE 1

A l'article 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

1°/ ^{4'} ⁶ ~~1^{er} alinéa de l'article L. 1011-1 du Code de la Santé Publique~~ est complété comme suit : « *dont les pharmaciens titulaires d'une licence de pharmacie* » ;

2°/ ^{À l'} ¹² ~~1^{er} alinéa de l'article L. 1011-2 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* »

Exposé

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.

ASSEMBLEE NATIONALE

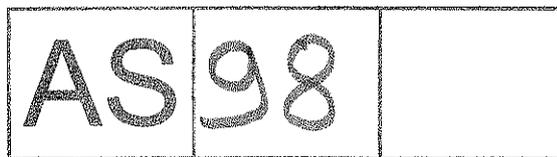
PROJET DE LOI

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

AMENDEMENT

Présenté par Guy MALHERBE

ARTICLE 2



Alinéas 2 à 4, Remplacer ces alinéas par 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. »

EXPOSE 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.

ASSEMBLEE NATIONALE

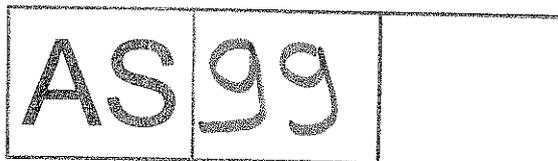
PROJET DE LOI

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

AMENDEMENT

Présenté par Guy MALHERBE

ARTICLE 6



Supprimer cet article.

Exposé

Cet article tend à supprimer la disposition de la loi HPST, prévoyant que, lorsqu'un acte médical inclut la pose d'un dispositif médical, le praticien délivre au patient une information comprenant, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé et le prix de toutes les prestations associées.

La Cour des comptes a souligné « qu'une meilleure information ne peut qu'avoir des effets positifs. Un certain changement dans les relations entre patients et praticiens, aujourd'hui très asymétriques, n'apparaît en effet pas à redouter mais à souhaiter ».

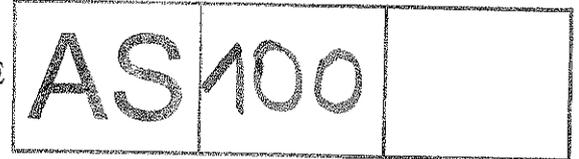
ASSEMBLEE NATIONALE

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

AMENDEMENT

Présenté par Guy MALHERBE



ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 18

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

EXPOSÉ 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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Guy MALHERBE

AS	101	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 18

Après l'article... il est inséré un article additionnel ainsi libellé :

« La 2^{ème} phrase du 6^{ème} 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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Guy MALHERBE



Article additionnel après l'article 18

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 SOMMAIRE

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.

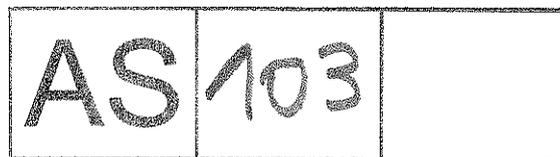
ASSEMBLEE NATIONALE

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

AMENDEMENT

Présenté par Guy MALHERBE



Article additionnel après l'article 18

Insérer l'article suivant :

La première phrase du quatrième alinéa de l'article L.5125-15 du Code de la Santé Publique est ainsi rédigée :

« Le nombre de licences prises en compte pour l'application des conditions prévues aux deux premiers alinéas 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 SOMMAIRE

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

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

Présenté par M. Yves BUR, Député

Après l'article 21



Après l'article 21, insérer l'article suivant :

« Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. A l'article L. 357-14, les mots « la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots « la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace Moselle » ;

II. L'intitulé de la Section 2 « Caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » du chapitre 5 du titre 1 du livre 2 du présent code est ainsi rédigé : « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace Moselle » ;

III. Aux articles L. 215-5 et L. 216-1, les mots « la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots « la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace Moselle » ;

IV. A l'article L. 215-6, les mots « la caisse régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots « la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace Moselle » ;

V. A l'article L. 215-3, les mots « et celle de Strasbourg » sont supprimés.

VI. L'article L. 215-7 est ainsi rédigé :

« La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

1°. Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2°. Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

3°. Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

4°. Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'Instance de gestion du Régime Local D'Assurance Maladie Alsace Moselle

Siègent également avec voix consultative :

1°. Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

2°. Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret. »

VII. L'article L. 215-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2° du présent article. »

VIII. Les dispositions mentionnées du I au VI entrent en vigueur au 1er janvier 2012.

IX. Par dérogation à l'article L.231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils d'administration de la caisse chargée de la santé au travail compétente pour la région Alsace-Moselle et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg expirent le 31 décembre 2011. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Par délibérations du 12 décembre 2008 à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) et du 8 décembre 2008 à la Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse (CRAV), les administrateurs ont voté le principe d'une direction commune aux deux organismes et la mise en place d'un groupe de travail commun aux deux conseils d'administration.

Ces mêmes conseils ont voté respectivement le 26 mars 2010 et le 29 mars 2010 le principe de la fusion au 1er janvier 2012.

La démarche de fusion de la CRAM et de la CRAV trouve son origine dans la volonté de chaque Conseil d'administration de prendre en compte les évolutions contextuelles impactant l'exercice des missions des deux organismes, que ce soit sur le plan politique, administratif et réglementaire, suite notamment au vote 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 qui a notamment créé les Caisses d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT).

En effet, rapprocher les deux organismes, à l'instar de l'organisation en place sur le reste du territoire français permettra :

- de renforcer la cohérence territoriale Alsace Moselle, en maintenant un organisme unique et conséquent, fort de 1.100 salariés, au service de 650.000 retraités, de 80.000 entreprises et 2,8 millions d'assurés sociaux ;
- de préserver la cohésion sociologique, culturelle et historique, en fédérant deux organismes héritiers et opérateurs du droit local d'Alsace et de Moselle ;
- de créer une synergie entre les missions conjointes (santé au travail et maintien dans l'emploi des seniors) et les missions convergentes (service social et action sociale retraite).

Cette fusion aurait pour but d'aboutir à une nouvelle entité dont le fonctionnement serait similaire à celui des futures CARSAT, tout en y intégrant les spécificités locales, issues du droit local d'Alsace-Moselle.

Les paragraphes I à V du présent amendements ont pour objet de modifier les articles L. 215-3, L. 215-5, L. 215-6, L. 357-14, L. 216-1 du code de la sécurité sociale pour permettre la création de la CARSAT Alsace-Moselle.

Les paragraphes VI et VII prévoient la composition du Conseil d'Administration de la CARSAT Alsace-Moselle en prévoyant au sein des 4 personnalités qualifiées prévues par les textes un représentant désigné par l'Instance de Gestion du Régime Local Alsace Moselle, compte-tenu des compétences spécifiques exercées, en modifiant les articles L. 215-2 et L. 215-7 du code de la sécurité sociale.

Les paragraphes VIII et IX prévoient d'une part la date de création du nouvel organisme et d'autre part la prorogation des mandats des deux caisses fusionnées jusqu'à la date de création effective de la CARSAT, afin d'éviter une rupture dans l'exercice des mandatures.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

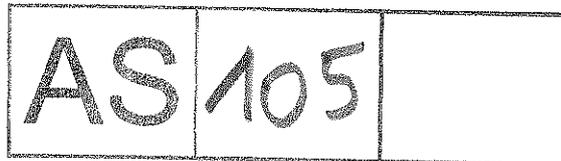
AMENDEMENT

Présenté par MM. Yves BUR et Jean-Pierre DOOR, Députés

Après l'article 21

Après l'article 1, insérer l'article suivant :

Le livre IV du code de la mutualité est ainsi modifié :



1° Le dernier alinéa de l'article L. 411-2 est ainsi rédigé :

« Le Conseil supérieur de la mutualité est composé en majorité de représentants des mutuelles, unions et fédérations désignés par les fédérations les plus représentatives du secteur. »

2° Au a de l'article L. 411-3, les mots : « d'élection » sont remplacés par les mots « de désignation ».

3° Le chapitre II du titre Ier du livre IV est abrogé. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement a pour objet de moderniser le conseil supérieur de la mutualité. Dans un souci de simplification et d'économie, le mode de désignation des membres du conseil supérieur de la mutualité sera réformé.

Présidé par le Ministre chargé de la mutualité (ou son représentant) et composé de membres élus ou nommés pour 6 ans, le CSM demeure l'instance de représentation de la mutualité et notamment celle qui permet un dialogue institutionnalisé avec les pouvoirs publics. Il fonctionne via des commissions spécialisées qui statuent les projets de textes relatifs au secteur de la mutualité, qui interviennent sur les demandent d'agrément et enfin qui gèrent, pour le compte de l'Etat le Fonds national de solidarité et d'action mutualiste. Il est indispensable pour les pouvoirs publics de disposer d'instances permettant de recueillir formellement la position du secteur mutualiste sur les évolutions normatives et les mesures individuelles qui le concernent. Ces instances doivent néanmoins être adaptées.

Ses déclinaisons locales, les comités régionaux de coordination de la mutualité, placés auprès du préfet de région, ont perdu tout intérêt avec la disparition des DRASS. Seule la structure nationale conserve un sens.

La reconfiguration du CSM ne fait qu'accompagner le mouvement réformant les structures

territoriales de l'Etat. La suppression des CRCM constitue en effet un élément de simplification en diminuant le nombre d'interlocuteurs.

La réforme du mode de désignation des membres du CSM constitue par ailleurs un élément de simplification et d'économie. L'amendement propose ainsi de substituer à l'élection du CSM le principe de la désignation par les fédérations les plus représentatives, à la fois pour tenir compte de la situation réelle du secteur et pour éviter un processus électoral particulièrement lourd à organiser. Un décret en Conseil d'Etat désignera les membres du CSM sur le fondement d'une enquête de représentativité.

ASSEMBLÉE NATIONALE

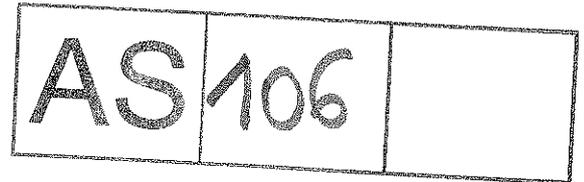
Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

AMENDEMENT

Présenté par MM. Yves BUR, Jean-Pierre DOOR et Jean LEONETTI, Députés

21

Après l'article 21



Après l'article 1, insérer l'article suivant :

- L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. » »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le mouvement mutualiste est un acteur majeur de la protection sociale française. Fort de ses 38 millions de personnes protégées et jouissant d'une image très positive, il pèse d'un poids évident.

Le secteur mutualiste est un secteur en pleine mutation, notamment en raison du rôle renforcé confié aux complémentaires santé dans notre système de protection sociale.

Les mutuelles agissent pour améliorer la qualité de la prise en charge de leurs adhérents ainsi que pour favoriser leur accès aux soins, notamment par la mise en place de réseaux de soins, qui permettent aux assurés accédant aux prestations de ces réseaux d'être mieux remboursés. Toutefois, le fondement juridique de leur développement reste fragile, en raison des principes mutualistes, qui prévoient qu'une mutuelle ne peut instaurer de différence dans le niveau des prestations qu'en fonction du niveau des cotisations versées. Cette situation a nourri le contentieux, et le code de la mutualité doit être modernisé sur ce point, en conformité avec la proposition 58 de la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

Présenté par M. Yves BUR, Député

Après l'article ~~6~~ 6

AS	107	
----	-----	--

Après l'article ~~6~~, insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 4311-15 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du sixième alinéa, après le mot : « exercer », sont insérés les mots : « à titre libéral » ;

2° Les septième et huitième alinéas sont supprimés.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 4312-1 du même code est complété par les mots : « , ceux relevant du secteur public et ceux qui sont salariés du secteur privé. »

III. – À l'article L. 4414-2 du même code, les mots : « des sixième et septième alinéas » sont remplacés par les mots : « du septième alinéa ». »

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'ordre national des infirmiers regroupe obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France – à l'exception de ceux régis par le statut général des militaires.

Voulu pour répondre à la demande de structuration de la profession, force est de constater que les premiers pas de l'existence de l'ordre font apparaître un manque d'adhésion de la part d'un grand nombre d'infirmiers et naître des questions sur l'opportunité même de son existence.

En effet, les élections de 2008 ont révélé une abstention massive, près de 80 % des professionnels, majoritairement ceux relevant d'un statut de salariés, ont fait le choix de ne pas participer au vote qui s'est déroulé. Il est même arrivé dans le collège des libéraux que dans certains départements il y ait moins de candidats que de postes de titulaires à pourvoir.

De plus, le montant de la première cotisation fixé à 75 euros a provoqué un questionnement de beaucoup sur les services que l'ordre remplit à leur égard. À ce titre, il convient de rappeler que ce montant ne correspond pas à l'esprit du législateur exprimé lors des débats qui ont eu lieu au Parlement en 2006, le rapporteur s'était clairement prononcée en faveur d'une cotisation modeste : « une participation annuelle de 10 euros permettrait à l'ordre de disposer d'un budget de

fonctionnement de près de 4,6 millions d'euros ». De même, Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé, avait considéré que la cotisation « bien évidemment devra être symbolique ».

Plus particulièrement, pour les salariés, l'Ordre national des infirmiers va faire « doublon » avec tout ce qui existe d'ores et déjà, essentiellement :

– dans l'établissement d'un code de déontologie et d'un listing de compétences les droits et devoirs des infirmier(e)s ainsi que leurs compétences ont des bases légales et apparaissent dans le code de la santé publique depuis longtemps maintenant,

– dans son rôle disciplinaire, l'immense majorité des infirmier(e)s sont salariés et ont déjà, dans les établissements où ils exercent, des structures disciplinaires mises en place et fonctionnant depuis bien longtemps ; il n'est donc pas besoin d'un niveau disciplinaire supplémentaire,

– dans son rôle de recensement et de listing de la population infirmière, ces missions sont dévolues depuis longtemps aux DDASS et aux DRASS.

C'est pourquoi, il est proposé de dispenser les infirmiers exerçant à titre salarié de s'inscrire à l'ordre.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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 présenté par M. Yves Bur

Après l'article 9 bis A, insérer l'article suivant :
Après l'article 9 bis A  

AS	108	
----	-----	--

◆ L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

◆ « Les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. S'ils le souhaitent, le site informatique de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut également publier les mêmes informations. » ◆

EXPOSÉ SOMMAIRE

Au-delà de l'affichage dans les salles d'attente et des quelques données dont peuvent disposer les assurés sur le site *Ameli* de la CNAM, la publication des honoraires et tarifs des professionnels, tant sur le site *Ameli* que, le cas échéant, sur celui de l'établissement dans lequel ils exerceraient, serait de nature à améliorer l'information des assurés et, partant, à susciter d'importantes économies dans les dépenses de soins.

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 présenté par M. Yves Bur

6

Après l'article

6

AS	110	
----	-----	--

Après l'article 6, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 5121-10-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-10-3 ainsi rédigé :

« Le titulaire d'un droit de propriété intellectuelle protégeant l'apparence et la texture des formes pharmaceutiques orales d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 ne peut interdire que les formes pharmaceutiques orales d'une spécialité générique susceptible d'être substituée à cette spécialité en application de l'article L. 5125-23 présentent une apparence et une texture identiques ou similaires. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'importance croissante prise par les médicaments génériques a d'ores et déjà permis à l'assurance maladie de réaliser d'importantes économies. Il faut donc continuer dans cette voie et encourager le développement des médicaments génériques en prévoyant que les éléments non essentiels du princeps que sont l'apparence et la texture des formes pharmaceutiques ne bénéficient pas de la protection des droits conférés par le brevet.

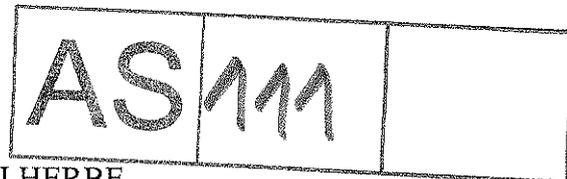
En effet, pour certains patients, ces éléments sont indispensables pour lui permettre de reconnaître la substance qui lui a été prescrite. Dès lors, comme ils ne peuvent être copiés, la diffusion de la version générique s'en trouve freinée, au détriment des économies qui auraient pu en résulter pour l'assurance maladie.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN, Guy MALHERBE

ARTICLE 1^{er}

I- Au 20ème alinéa de cet article, après le mot "associés", ajouter les mots suivants :

" ainsi qu'à l'agence régionale de santé".

II. En conséquence, l'alinéa 21 est supprimé

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement propose de simplifier et sécuriser le mode de communication des statuts de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Il vise à ce que les statuts des SISA et leurs éventuels avenants soient obligatoirement transmis - un mois au moins avant leur enregistrement - aux l'ARS, à l'instar de ce qui est prévu pour les ordres professionnels concernés.

Cette disposition présente l'avantage de la simplicité pour les membres associés de la société car ils effectueront simultanément la même démarche administrative auprès de deux interlocuteurs différents.

Par ailleurs, cela évitera d'avoir à encombrer le Conseil d'Etat avec un décret destiné à fixer les conditions dans lesquelles les ARS devront recevoir communication des statuts de la société et de leurs modifications.

Grâce à cet amendement, la loi aura prévu que les ARS soient pleinement informées en recevant de manière obligatoire communication des statuts et de leurs avenants, de surcroît un mois avant leur enregistrement (au même titre que les ordres professionnels concernés) ! Cela sera d'application immédiate.

Enfin, prévoir un nouveau décret, de surcroît en Conseil d'Etat, laisse augurer de possibles conditions supplémentaires, peu conformes avec l'engagement du gouvernement de limiter le temps administratif auquel sont astreints les professionnels de santé au bénéfice du temps médical consacré aux patients.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN, Guy MALHERBE

ARTICLE 2

Dans la 2ème phrase du 4ème alinéa de cet article, après le mot "transmis",

ajouter les mots suivants :

" pour information".

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de préciser que le projet de santé éventuellement élaboré par la maison de santé est transmis à l'ARS, à titre d'information. Cette précision figure actuellement à l'article L.6323-3 du code de la santé publique et il serait dommage de la supprimer.

Les professionnels de santé, membres de la maison de santé, ne doivent pas ressentir cette structure comme trop "pesante" et bien garder à l'esprit qu'un exercice coordonné est tout à fait compatible avec le caractère libéral de leur profession.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	113	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN, Guy MALHERBE

ARTICLE 3

~~Le 3^{ème} alinéa de l'article L1434-8 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 ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La validité des conventions et accords est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national et ayant réuni, aux élections aux URPS, au moins 30% des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.

Le fait d'autoriser l'UNCAM et une seule organisation représentative des médecins à définir un contrat type n'est pas conforme au dispositif législatif et court-circuite les partenaires conventionnels.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	115	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

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

« L' premier alinéa du 2 I de l'article 7 de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est ainsi rédigé :

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 SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	116	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ~~314~~⁴, insérer un article ainsi rédigé :

« La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique est supprimée. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En obligeant les médecins à informer le Conseil départemental de l'Ordre à chaque absence, cette information devenant opposable auprès du Directeur de l'Agence Régionale de Santé, cette disposition revient à demander une autorisation d'absence au directeur de l'ARS, ce qui est contraire à l'exercice libéral.

Il convient de rétablir la disposition de suppression telle qu'elle a été proposée dans la proposition de Loi Fourcade et adoptée par la commission des affaires sociales du Sénat.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN, Guy MALHERBE

ARTICLE 7 bis

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

Au 2ème alinéa de cet article, remplacer le chiffre "700"
par le chiffre "300".

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet d'élargir le champ d'intervention de la Cour des Comptes en matière de certification des comptes des établissements de santé publics (pour mémoire, l'article 17 de la loi HPST ne prévoit pas de certification avant 2014 !).

Limiter la compétence de la Cour des Comptes aux seuls établissements dont les recettes d'exploitation sont supérieures à 700 millions d'euros en 2009 (montant déterminé par un amendement d'initiative sénatoriale déposé en séance) est beaucoup trop restrictif et limite exagérément le nombre d'hôpitaux sous le contrôle de la Cour.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 5

Insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles il est porté à la connaissance des patients l'adhésion des professionnels de santé à un contrat de bonne pratique ou à un contrat de santé publique ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

A l'heure où les patients deviennent un acteur à part entière du système de soins, il est normal que ces derniers soient informés, de la façon la plus adéquate à déterminer par un décret en Conseil d'Etat, des efforts des professionnels pour respecter les bonnes pratiques ou s'impliquer dans des objectifs de santé publique.

Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	119	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN, Guy MALHERBE

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 7 bis

Après l'article 7bis (~~7bis~~), insérer un article ainsi rédigé :

I. A l'article 6143-7 du code de la santé publique, après le 11°, insérer un nouveau paragraphe 12° ainsi rédigé :

12° présente obligatoirement au conseil de surveillance un bilan patrimonial annuel détaillé et réévalué chaque année.

II. En conséquence, les paragraphes 12° 13° 14° 15° et 16° de l'article 6143-7 du code de la santé publique deviennent 13° 14° 15° 16° et 17°.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à transcrire la recommandation n° 42 du rapport de la MECSS du 26 mai 2010 sur le fonctionnement de l'hôpital, adopté à l'unanimité. Cette recommandation était d'instaurer l'obligation pour les établissements de santé d'établir un bilan patrimonial annuel précis et réévalué chaque année, afin d'améliorer la gestion du patrimoine immobilier hospitalier.

C'est pourquoi, cet amendement instaure une obligation pour le directeur d'hôpital de présenter annuellement un tel bilan au conseil de surveillance de son établissement.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	120	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL *après l'article 13*

13

Après l'article , insérer un article ainsi rédigé :

I- « Au deuxième et au troisième alinéa du XX et du XXI de l'article 1 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, les mots « Jusqu'à la date retenue en application de l'article précédent, » sont remplacés par les mots « Jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 »

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objet du présent amendement est de rétablir un équilibre dans les dispositions financières relatives aux échéances de la convergence tarifaire entre établissements publics de santé et établissements privés non lucratifs. Pour les premiers, le financement sur la base de l'échelle publique des tarifs comporte comme échéance ultime la date de convergence tarifaire retenue. Tandis que pour les établissements de santé privés non lucratifs « ex-PSPH » et « ex-DG », cette échéance est assujettie aussi à l'échéance de renouvellement du CPOM de l'établissement. Cette différence de traitement ne répond à aucune justification et fragilise les établissements de santé privés, notamment dans leurs relations avec les organismes bancaires.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 7bis

Après l'article 7bis (nouveau), insérer un article ainsi rédigé :

A la fin de la première phrase du 3ème alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique,
après les mots : "et à leur gestion",

ajouter les mots suivants :

"notamment en matière d'externalisation des fonctions périphériques de l'offre de soins".

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à ce que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les ARS et les établissements de santé prévoient les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion, notamment en matière d'externalisation.

La gestion des hôpitaux pourraient en effet être très nettement assainie s'ils commençaient à développer l'externalisation des leurs fonctions périphériques de l'offre de soins (celles qui ne constituent pas leur coeur de métier), à l'instar des cliniques.

A titre d'exemple, quelques données issues de l'avis du 23 avril 2009 du Haut conseil pour l'assurance maladie (HCAAM) méritent d'être citées. Ainsi, alors que 91 % des cliniques ont, pour tout ou partie, externalisées les activités "restauration et linge", les hôpitaux ne sont que 40 %. Les cliniques sont 74 % à avoir externalisé tout ou partie des "prestations techniques", contre 59 % pour les hôpitaux ; de même pour l'informatique, les cliniques sont à 44 % d'externalisation contre 28 % pour les hôpitaux.

Que les CPOM se préoccupent de façon non directive de l'externalisation permettra de rattraper le retard accumulé, préjudiciable à la situation financière des hôpitaux et de leurs financeurs.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 10

Insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

"Le recours à la réserve sanitaire donne lieu à la remise systématique d'un rapport du
Ministre chargé à la santé aux commissions parlementaires permanentes compétentes, dans les six
mois suivant l'arrêté de mobilisation".

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de donner au Parlement des éléments d'information, nécessaires à l'accomplissement de sa
fonction de contrôle.

Comme l'a montré les mesures mises en place dans le cadre de la lutte contre la grippe
H1N1, l'utilisation de la réserve sanitaire mérite d'être améliorée. Compte tenu des enjeux majeurs
pour la sécurité de la population, il importe que les parlementaires participent à la définition des
politiques à conduire en périodes de crise. Ce type de rapports pourra contribuer à éclairer leurs
réflexions.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE 11

Compléter le 3^e alinéa de cet article par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions ne font néanmoins pas obstacle à ce que l'exploitant du moyen de transport concerné puisse demander à l'Etat une indemnisation ou une compensation visant à la réparation des préjudices subis ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit d'un amendement de précision.

Par cet amendement, l'article 11 de la proposition de loi « Fourcade » ne ferait pas obstacle à ce que l'exploitant du moyen de transport concerné puisse demander à l'Etat une indemnisation ou une compensation visant à la réparation des préjudices subis.

En effet l'article tel que proposé dans la version adoptée par le Sénat limite la possibilité pour l'Etat de donner légalement des compensations aux transporteurs si la situation du moment le justifiait. Pour mémoire cela avait été le cas après le 11 septembre 2001, lorsque l'Etat a jugé légitime de compenser les pertes subies par les compagnies aériennes à la suite de la fermeture de l'espace aérien américain.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	124	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

*Re'diger ainsi
l'article 14A*

~~Article 14A 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 :~~

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^{ème} 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 SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	125	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN, Guy MALHERBE

ARTICLE 14 bis

Après le 10^eme alinéa, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

IV. - À l'article L1434-7 du Code de la santé publique, après le 1^{er} alinéa, ajouter un alinéa ainsi rédigé :
« Le schéma régional d'organisation des soins est indicatif et n'est pas opposable aux professionnels de santé »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le Gouvernement a déclaré à plusieurs reprises que le SROS ambulatoire n'avait pas vocation à être ni à devenir opposable. Si tel est le cas, et pour éviter toute dérive qui risquerait d'entraîner une rigidité extrême dans notre système de santé de proximité, cette orientation doit figurer expressément dans la loi.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	126	
----	-----	--

*Rédiger ainsi
l'art de l'AA*

ARTICLE ADDITIONNEL

~~Après l'article 14, insérer un article 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 :

« 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 SOMMAIRE

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'ex 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 ».

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	127	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 18

Après l'article ~~18~~ ⁴⁸, insérer un 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 SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	128	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 18

Après l'article ~~18~~ insérer un article ainsi rédigé :

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

« Lorsqu'une même personne morale publique ou privée gère plusieurs établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, la pharmacie à usage intérieur autorisée pour un des établissements de la personne morale peut être admise à desservir les autres établissements relevant de la même personne morale, sans que celle-ci ne soit tenue de conclure un groupement de coopération sanitaire avec elle-même à cet effet. Le représentant légal de la personne morale déclare au directeur général de l'agence régionale de santé les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux susceptibles d'être desservis par une même pharmacie à usage intérieur et la date prévisionnelle de prise d'effet. A défaut de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de trois mois, l'approbation est accordée de manière tacite. Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ne peut notifier un désaccord que dans les situations où, de manière manifeste, la disposition des implantations et la cohérence fonctionnelle ne permettent pas le respect de la législation et de la réglementation en matière d'approvisionnement pharmaceutique. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement a pour vocation de clarifier la situation des personnes morales qui gèrent plusieurs établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et qui –bon sens oblige- ne devraient pas être tenues de conclure un GCS avec ...elles-mêmes pour organiser des coopérations concernant leur PUI, source d'efficience et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques. La FEHAP a pris l'initiative d'un rescrit en écrivant sur ce sujet à la direction générale de l'offre de soins et de la cohésion sociale. Ce rescrit est resté sans réponses depuis plusieurs mois. Or il n'est pas rare sur le terrain d'observer que des pharmaciens-inspecteurs dénie à des personnes morales le droit d'organiser ces coopérations en leur sein.

Pourtant, des situations de cette nature sont nombreuses sur le terrain, notamment pour les entités privées non lucratives gestionnaires de plusieurs établissements, mais c'est aussi le cas pour de grandes entités hospitalières publiques. Aussi et pour éviter toute surcharge bureaucratique pour cette évolution de bon sens, l'amendement propose une logique d'approbation tacite et, le cas échéant, de désaccord explicite du DG-ARS dûment motivé et argumenté.

Le présent amendement a pour vocation de clarifier et de sécuriser la solution à cette question restée sans réponse.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	130	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 16

Après l'article ¹⁶ 16, insérer un article ainsi rédigé :

Il est inséré avant le deuxième aliéna de l'article 261 B du Code Général des Impôts un alinéa ainsi rédigé :

« Les services rendus par leurs adhérents aux groupements constitués par des personnes physiques ou morales exerçant une activité exonérée de la taxe sur la valeur ajoutée ou pour laquelle elles n'ont pas la qualité d'assujetti sont exonérées de cette taxe à la condition qu'ils concourent directement et exclusivement à la réalisation de ces opérations exonérées ou exclues du champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée et que les sommes réclamées aux adhérents correspondent exactement à la part leur incombant dans les dépenses communes ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les pouvoirs publics ont engagé les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans des dynamiques de coopération qui se traduisent par la constitution de groupements de coopération sanitaire ou de coopération sociale et médico-sociale.

Pour autant, les services fiscaux sont conduits ici et là à des analyses sur l'assujettissement à la TVA, et partant aux autres impôts du commerce, d'opérations conduites par des établissements publics et privés participant à des groupements de coopération, ce qui remet en question l'économie générale même desdits groupements.

A titre d'exemple, des services fiscaux estiment devoir assujettir à la TVA des dispositifs coopératifs de pharmacie à usage intérieur, au titre de la « livraison de biens », les médicaments et produits de santé étant indûment assimilés à des biens, ce qui est de nature à bloquer voire à faire reculer la coopération hospitalière et pharmaceutique.

Il y a donc lieu à la fois de préciser mais aussi de sécuriser les opérations non lucratives menées entre différents membres de groupement, souvent à la demande des pouvoirs publics, au risque à défaut de compromettre l'intérêt à agir coopératif.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	131	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 16

Après l'article  insérer un article ainsi rédigé :

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 »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	132	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 16

¹⁶
Après l'article ●, insérer un article 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-Pscho-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 SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 16, insérer un article 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 SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

AS	134	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 16, insérer un article ainsi rédigé :

Après l'alinéa 1^{er} 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 direct du juge aux affaires familiales telle que prévue au dernier alinéa de l'article L. 315-16 du présent code. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 16, insérer un article ainsi rédigé :

Les 4èmes et 5èmes alinéas de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement (réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2) est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement (réalisé à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006) est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'Etat, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au quatrième alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur **ou le représentant légal** de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.

« Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objet de cet amendement est de permettre au représentant légal de l'établissement d'être partie à la nouvelle procédure.

Il convient de tenir compte du fait que le médecin coordonnateur peut faire défaut, ou être en défaut vis-à-vis de ses confrères-inspecteurs, dans le maniement de la grille d'évaluation AGGIR et PATHOS.

Pour autant, ces situations de fait ne peuvent faire obstacle à la mise en œuvre de la régulation des difficultés selon la procédure prévue. D'autant que ces évaluations engagent beaucoup plus qu'une vision médicale, mais aussi le financement de l'établissement. Et il serait anormal, en termes de relations de travail, que le médecin salarié puisse avoir une prérogative procédurale engageant une structure qui l'emploie sur des questions aussi substantielles, dont par ailleurs son employeur, le représentant légal de l'établissement, serait dépourvu.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 16 (nouveau), insérer un article ainsi rédigé :

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 L314-5.* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	139	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

avant l'article 9

~~Amendement n° 139~~ Insérer un article ainsi rédigé :

A l'article L162-26-1 du Code de la sécurité sociale après le mot « publique », ajouter les mots « et dans des cas exceptionnels » et après le mot « peuvent » ajouter « après l'avis conforme de la conférence médicale d'établissement ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La caractéristique principale d'un établissement privé réside dans le statut libéral de ses médecins auquel est lié le libre choix par le patient.

Les praticiens sont rémunérés sous la forme d'un paiement direct à l'acte par les patients, et par des forfaits complémentaires versés par les Caisses d'Assurance Maladie, pour rémunérer certaines missions ou fonctions.

Il n'existe pas de lien de subordination entre le directeur de l'établissement et les médecins dont l'activité relève de la convention médicale.

Or le salariat revient à créer un lien de subordination entre le directeur de l'établissement et le médecin. Etant salarié de l'établissement, son exercice ne serait donc plus régi par la convention médicale.

La généralisation du salariat, risque potentiel inscrit dans la Loi HPST, est donc dangereuse.

En revanche, le recours au salariat peut s'avérer utile pour le maintient de certaines spécialités en clinique, médecine interne notamment. Il doit cependant rester exceptionnel, et soumis à l'avis conforme de la CME.

ASSEMBLEE 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

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	140	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ⁵ ~~...~~, insérer un article ainsi rédigé :

A l'article L1435-4 du Code de la santé publique, supprimer la dernière phrase de l'alinéa 2.

EXPOSÉ SOMMAIRE

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.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 2



Remplacer les alinéas 2, 3 et 4 par les alinéas suivants :

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. 1411-1 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 ;

2° assurer des activités de soins sans hébergement et participer éventuellement à des actions de santé publique en matière de prévention et d'éducation à la santé ;

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 des motifs

Cet amendement vise à modifier la définition des maisons de santé et à intégrer les pharmaciens parmi les professionnels susceptibles d'en faire parti.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 2



Remplacer le 5^e alinéa par l'alinéa suivant :

Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° d'une part, du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° d'autre part, de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à préciser l'organisation du partage des informations au sein de l'équipe de soins de premier recours qui compose la maison de santé, en y apportant toutes les garanties nécessaires. Cette disposition est indispensable pour la prise en charge globale des patients en particulier pour les maladies chroniques.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel



3

Après l'article 0, insérer l'article suivant :

« Le II de l'article L 162-5-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II – Les médecins autorisés à pratiquer, en vertu des conventions prévues à l'article L 162-5, des honoraires supérieurs aux tarifs qu'elles fixent doivent effectuer au minimum cinquante pour cent de leur activité au tarif fixé par la convention dont ils relèvent. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à restreindre les dépassements d'honoraires.

Alors que les pouvoirs publics ne font rien concernant les dépassements d'honoraires, alors que dans le même temps l'accès aux soins diminue pour les personnes les plus fragiles, il convient de prendre des mesures urgentes.

Cet article additionnel propose, en particulier pour certaines régions médicalement défavorisées, que les médecins exerçant en « secteur 2 » effectuent au moins 50% de leur activité au tarif fixé par la convention

La volonté affichée de la Ministre de la santé de lutter contre ces dépassements lors de l'examen de la loi HPST n'a été suivi d'aucune mesure concrète.

Un « secteur optionnel », dont on parle depuis des années, devrait voir le jour suite aux prochaines négociations conventionnelles, mais il ne règlera pas du tout le problème des dépassements d'honoraires, bien au contraire.

L'article 35 du présent texte prévoit d'améliorer l'inscription de tout nouvel acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). C'est une bonne chose, mais pour lutter contre les dépassements d'honoraires il conviendrait de revaloriser certains actes, notamment de chirurgie, et donc de revoir la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel

Après l'article ^{19bis A}, insérer l'article suivant :



« L'article L 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Nonobstant les dispositions de l'article L 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. Le site informatique de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est tenu de publier les mêmes informations. »

Exposé des motifs

Alors que les renoncements aux soins pour des raisons économiques sont en constante progression, il convient d'améliorer l'information des usagers sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

Etant donnée le rôle que joue internet dans la diffusion des informations, il convient de prévoir que le site Ameli de la CNAM, publie les honoraires et tarifs des professionnels exerçant dans un établissement de santé.

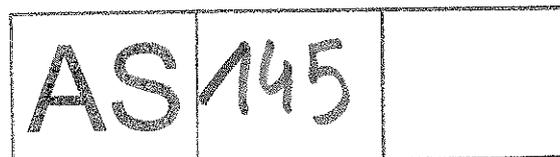
Cela permettrait par exemple au patient qui a peu de ressources financières ou qui n'a pas de mutuelle, de trouver plus facilement un praticien pratiquant des tarifs opposables.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL



Après l'article 6, insérer l'article suivant :

Après le mot : « dépassent », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « le tarif opposable. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à renforcer l'obligation, fixée par cet article, au professionnel de santé, d'informer le patient de façon écrite et préalable le tarif des actes, le montant et la nature du dépassement facturé.

L'article L 111-3 du code précité a été modifié par la loi du 21 juillet 2009. Il convient toutefois de le modifier afin d'améliorer l'information des patients en matière de dépassements d'honoraires en supprimant la subordination de cette information à un seuil de dépassement (70 euros actuellement) fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

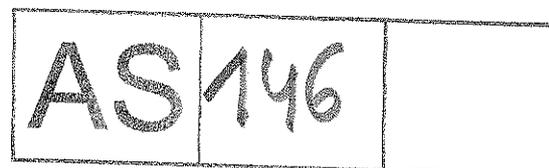
Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Amendement

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE ³ 6, insérer l'article suivant :



Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les praticiens libéraux utilisant des équipements ainsi soumis à autorisation doivent s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à garantir l'existence d'un filet de sécurité pour l'accès aux soins.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires impose aux cliniques privées de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'elles exercent une mission de service public ou en cas d'urgence. Ce qui est le minimum au vu de la politique de démantèlement de l'hôpital public qui est menée actuellement.

Les procédures d'autorisation d'équipements lourds visent à réguler et évaluer leur installation sur le territoire afin de permettre une réelle accessibilité aux soins.

Or, le niveau de tarification des actes conduit souvent à des reports voire des impossibilités de soins. Il convient dès lors de mieux réguler l'accès à ces équipements en prévoyant une contrepartie de la part de l'opérateur autorisé en lui demandant de s'engager à réaliser 70 % de ses actes en secteur 1.

Cette mesure, qui aurait valeur de signal en matière d'accès aux soins, semble d'autant plus juste qu'elle concerne des équipements obtenus grâce à l'accord des pouvoirs publics et en grande partie solvabilisés par le biais de fonds publics. Ces équipements sont aujourd'hui utilisés par des professionnels de santé qui, percevant des revenus les plus importants de ce secteur, sont en mesure d'assurer en quelque sorte un rôle social, d'autant que, détenteurs d'une autorisation délivrée au titre de la carte sanitaire, ils sont parfois en situation de monopole dans leur territoire de santé. Le secteur optionnel dont la création est annoncée n'étant pas une réponse à la maîtrise d'un accès aux soins à des tarifs opposables, il convient d'y remédier en partie par cet amendement.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

3



APRÈS L'ARTICLE 4, insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – Les médecins autorisés à pratiquer, en vertu des conventions prévues à l'article L. 162-5, des honoraires supérieurs aux tarifs qu'elles fixent doivent effectuer au minimum 50% de leur activité au tarif fixé par la convention dont ils relèvent. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement propose, en particulier pour certaines régions médicalement défavorisées, que les médecins exerçant en « secteur 2 » effectuent au moins 50% de leur activité au tarif fixé par la convention.

Etant donné que le « secteur optionnel » qui devrait voir le jour suite aux négociations conventionnelles, ne règlera pas du tout, le problème des dépassements d'honoraires, et que les renoncements aux soins se multiplient en raison de l'augmentation des remboursements pour les malades les plus fragiles économiquement, il est urgent de prendre des mesures pour limiter les dépassements d'honoraires.

Il conviendrait également de prévoir une tarification plus juste de certains actes médicaux, notamment de chirurgie, et donc de revoir la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 6



Dans la seconde phrase de l'alinéa 2 de cet article, après les mots « de manière dissociée, », insérer les mots « le prix d'achat de ce dispositif médical ainsi que »

Exposé des motifs

Le texte adopté par le Sénat supprime l'obligation de détailler chaque élément de l'appareillage et remplace l'obligation de faire figurer le prix d'achat par l'obligation de faire figurer le « coût » des matériels, afin de tenir compte de la situation de chirurgiens dentistes qui emploient des prothésistes.

La soumission des professionnels de santé à une obligation d'information de leurs patients par écrit du prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé et du prix de toutes les prestations associées correspond à une exigence de transparence.

Ces deux niveaux d'informations ont été prévus par le législateur de 2009 afin que les patients soient en mesure d'évaluer le niveau des marges perçues par les professionnels de santé, poseurs de dispositifs médicaux, indépendamment des honoraires liés à la prestation.

Ces dispositions sont d'autant plus pertinentes que la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2010 dénonçait les abus de certains dentistes stigmatisant des professionnels qui tirent parti de l'importation de nombreuses prothèses pour réaliser d'importantes marges commerciales : « Il est fait état depuis un certain nombre d'années d'une augmentation des importations de prothèses. Leur développement s'explique par un différentiel de coût. Ainsi, le prix d'une couronne céramo-métallique facturé par un laboratoire français revient entre 120 € et 140 € contre 40 € à l'importation. [...]. Ces importations ne semblent pas avoir d'effet sur l'évolution des prix, ce qui accrédite l'hypothèse de hausses de marges chez les chirurgiens-dentistes, qui ont recours directement ou non aux importations. A l'aval, en revanche, l'insuffisance de la concurrence semble attestée par la variabilité des prix, dont les éléments

de différenciation objective ne peuvent rendre compte à eux seuls, et par le fait que le praticien puisse prendre en compte les revenus ou le niveau de couverture du patient. ».

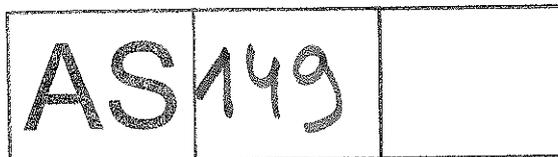
La Cour des comptes ajoute qu'elle observe en France des niveaux de prix plus élevés qu'ailleurs, notamment en Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas.

Il convient de garantir la transparence pour favoriser la concurrence et la baisse des prix.

Dans ce cas, ce n'est pas le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage qu'il faut mentionner sur le devis préalable au patient mais le prix de revient.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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



Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 2

Compléter l'alinéa 3 de cet article par les mots suivants :
« , et à des actions sociales. »

Exposé des motifs

Cette disposition a été supprimée par le Sénat. Les maisons de santé installées dans une logique de territoire doivent pouvoir initier et/ou participer à des actions de santé publique ou à caractère social.

En effet, la présence des médecins est utile dans les actions de santé publique prévues dans les bassins de santé où sont installées les maisons de santé. En outre le caractère pluridisciplinaire de ces maisons de santé les prédestine aux approches d'éducation à la santé et de santé publique qui reposent sur l'articulation de savoirs et de réponses en provenance de plusieurs domaines.

En outre, la prise en charge des patients au long cours, au moment où notre pays compte près de 15 millions de malades chroniques, nécessitent que ces maisons initient des partenariats ou conduisent des actions prenant en compte la dimension sociale de la maladie.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche



Article additionnel après l'article 2

Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la personne est prise en charge dans une maison ou un centre de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par elle à l'ensemble des professionnels de santé qui, au sein de la structure, la prennent effectivement en charge et ont adhéré au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. Toutefois, la personne peut refuser que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

« Dans les services de santé visés aux articles L. 6321-1 et L. 6323-4, les conditions dans lesquelles les informations concernant la santé d'une personne peuvent être échangées par les professionnels de santé sont définies par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

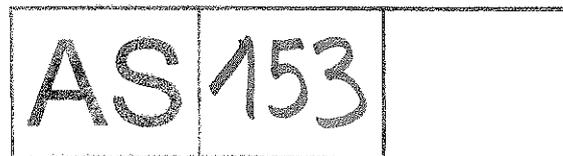
Cette disposition a été supprimée par le Sénat. Dans les maisons de santé, le partage de données informatisées de santé doit être possible au profit d'une meilleure coordination des soins dans les équipes, et donc de la qualité des soins et de la sécurité des soins. Cette possibilité d'échange de données entre les professionnels de santé choisis par le patient est un élément essentiel de la modernisation des soins de premier recours. Elle permettra une amélioration du suivi des patients porteurs de pathologies chroniques. Une telle évolution a d'ailleurs été souhaitée par la Conférence nationale de santé dans l'avis qu'elle a adopté, à l'unanimité, le 19 octobre 2010.

En outre, au moment où notre pays traverse une grave crise sanitaire en raison des prescriptions de benfluorex, il nous paraît aussi que de tels échanges peuvent être mis à profit dans de tels domaines.

En tout état de cause, ces échanges doivent avoir lieu dans le respect des garanties de consentement et de confidentialité qui s'attachent à la collecte, à l'échange et à l'hébergement de données de santé informatisées.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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



Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel avant l'article 5

Rédiger ainsi le deuxième alinéa de l'article L 161-42 du code de la sécurité sociale :

« 1° Trois membres dont un choisi parmi l'une des candidatures présentées par une des associations visée à l'article L 1114-1 du code de la santé publique désignés par le Président de la République».

Exposé des motifs

Depuis la loi n°2022-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à l'invitation de la représentation nationale unanime lors de l'adoption de cette loi, la pratique institutionnelle du pouvoir exécutif a conduit à désigner des représentants des associations agréées d'usagers du système de santé dans de nombreuses instances dès lors que la composition de leur conseil est prévue par décret ou par arrêté, c'est le cas de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) ou de l'Institut de veille sanitaire (INVS). Il en va de même dans d'autres structures, même si leurs missions sont plus larges que l'activité hospitalière ou la santé publique (Conférence nationale de santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale).

En outre, les pouvoirs publics ont décidé de faire de l'année 2011 une « Année des patients et de leurs droits ». Trois rapports ont été remis au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le 24 février 2011, le premier d'entre eux portant notamment sur la représentation des usagers dans la prise de décision en santé dans notre pays.

La composition du collège de la Haute autorité de santé étant réglée par la loi, il est proposé de compléter ce collège par un représentant des usagers issu de l'une des associations de santé agréées visées à l'article L 114-1 du code de la santé publique.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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



Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

Après le premier alinéa de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises ou établissements mentionnés au premier alinéa doivent être rendues publiques.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement modifie l'article L. 4113-3 du code de la santé publique, qui est issu de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades.

Cet article vise actuellement à obliger les professionnels de santé qui ont des liens avec des laboratoires à faire connaître ces liens lorsqu'ils s'expriment lors de manifestations publiques ou dans des articles.

Cet amendement vise donc à renforcer et étendre la transparence aux conventions, en exigeant la mention de l'existence de ce lien. Il reprend celui qui avait été présenté lors de l'examen du PLFSS pour 2011, qui avait été adopté en commission mais déclaré irrecevable pour la séance car hors du champ de la loi de finance.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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



Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gerard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE 9 bis

A l'alinéa 2, après les mots : « les entreprises »,

Ajouter les mots : « et les membres des professions médicales ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

C'est amendement vise à améliorer cet article ajouté lors de l'examen du texte au Sénat, concernant la transparence en matière de conflits d'intérêts. En effet il convient de préciser que les professionnels de santé doivent aussi déclarer les avantages directs ou indirects et les revenus qui leur ont été versés par les entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette déclaration « croisée » permettra une réelle amélioration de la transparence.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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



Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

3

APRES L'ARTICLE 7, insérer l'article suivant :

I. – L'organisation du système de soins est adaptée afin de garantir aux populations des territoires ruraux un accès à un service de médecine générale à 20 minutes maximum de trajet automobile, dans les conditions de circulation du territoire concerné, et, dans les mêmes conditions, à un service d'urgence à 30 minutes maximum et à une maternité 45 minutes maximum.

II. – Après l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1431-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1431-2-1.* – L'agence régionale de santé veille à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elle autorise les installations dans les zones surdenses dans les limites d'un plafond fixé par décret pris avant le 31 décembre 2011. »

III. – Après l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1434-6-1.* – Le schéma régional de l'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles, en raison d'une densité particulièrement élevée de l'offre de soins, l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre de donner des outils afin de lutter efficacement contre la progression des déserts médicaux, ce que n'a pas permis l'application de la loi HPST.

Il reprend les propositions faites lors de l'examen de ce texte en première lecture, ainsi que celles avancées dans une proposition de loi du groupe SRC.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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



Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 17, insérer l'article suivant :

A l'article L 5134-1 du code de la santé publique, supprimer la deuxième phrase du cinquième alinéa.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer une disposition qui avait été adopté lors de la CMP sur le projet de loi HPST.

Il convient de la supprimer car 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 leurs compétences en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention vise désormais toutes les femmes à l'exception, et uniquement celle-ci, des situations pathologiques qui relèvent dans ce cas d'un médecin.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

AS	158	
----	-----	--

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 13

¹³
APRES L'ARTICLE insérer l'article suivant :

A l'article L 162-22-10 du code de la sécurité sociale, à la fin du II bis, insérer la phrase suivante :

« Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

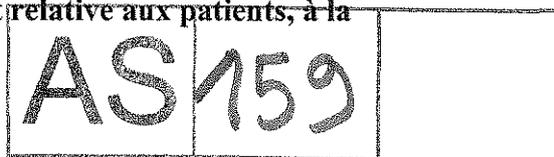
Cet amendement vise à introduire la prise en compte des caractéristiques régionales dans la régulation prix-volume.

En effet, dans certaines régions la population consomme moins de soins alors que les indicateurs de santé sont défavorables. Or ces régions voient leurs tarifs baisser au même niveau qu'une région plus riche avec une consommation bien au-delà de la moyenne nationale. Cet amendement propose de corriger cela, la création des ARS devrait faciliter la prise en compte de ces indicateurs régionaux.

Actuellement le système de régulation prix-volume s'applique sans tenir compte du périmètre du tarif, de la nature des activités au sein du champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ni des indicateurs de santé.

Dans la mesure où les effets de volume relèvent plus spécifiquement des secteurs avec beaucoup d'actes et d'interventions (comme la chirurgie), il convient que chaque segment du champ MCO supporte de manière distincte l'évolution de son activité en volume dans le cadre de la fixation de ses tarifs.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

16

APRES L'ARTICLE ■ insérer l'article suivant :

« Les 13° et 14° de l'article 124 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 sont supprimés. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement, vise à supprimer l'obligation de signature d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) dès lors que la personne morale gestionnaire gère un ensemble d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux dépassant certains seuils. Elle a prévu également de substituer les CPOM aux conventions tripartites et aux conventions d'aide sociale (CHRS et Cada).

Les députés du groupe SRC s'étaient opposés lors des discussions autour de la loi, à l'introduction d'une telle mesure.

Comme les organisations représentatives du secteur, ils souhaiteraient à la place de véritables conventions entre les pouvoirs publics et les organisations représentatives des gestionnaires dans certaines conditions. Elle ne peut approuver l'obligation faite aux gestionnaires ayant des établissements et services dépassant certains seuils de budget et de taille de conclure un CPOM qui est loin d'être le « remède miracle » annoncé.

En l'espèce, en imposant au gestionnaire de conclure un contrat d'objectifs et de moyens, la disposition envisagée déséquilibre encore plus la relation entre le gestionnaire et la puissance publique en pénalisant le premier.

On ne peut plus qualifier de « contrat » un dispositif et un document dont la signature est obligatoire et dont le contenu pourrait être imposé unilatéralement.

Une telle mesure nécessiterait, en tout état de cause, la continuité d'existence et la hausse de l'enveloppe dédiée à l'aide à la contractualisation dans le secteur, qui a pourtant été supprimée en 2010.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

AS	160	
----	-----	--

Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gerard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 20, insérer l'article suivant :

Ajouter un nouvel alinéa à l'article L.322-5-5 du code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« Afin de développer les modes de transports les plus efficaces, l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, met en place au niveau des territoires de santé des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état. Les établissements et les ambulanciers passent convention avec les centres de régulation sur la base d'un cahier des charges qui fixe les modalités d'organisation et de régulation des transports sur le territoire de santé. »

Exposé des motifs.

Cet amendement vise à créer des centres de régulation régionaux des transports sanitaires auprès des ARS, qui procéderont convention avec les établissements.

Améliorer l'efficacité du système est nécessaire mais elle ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge des patients. Il faut une organisation au niveau des territoires de santé, reposant sur une démarche « qualité » et contractualisée avec les acteurs, cette organisation des transports doit tenir compte des caractéristiques du territoire de santé et de la répartition des établissements de santé.

L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a créé ce nouvel article L 322-5-5 qui prévoit la fixation du taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de transport. Il prévoyait aussi à nouveau une expérimentation sur 5 ans en matière de gestion des dépenses de transports liées aux prescriptions, alors qu'un tel dispositif avait déjà été prévu par la LFSS pour 2008 sans aucun résultat.

Les dépenses de transports sont en forte hausse (Celles-ci représentent 2,2 milliards d'euros pour le régime général, et la croissance reste particulièrement vive entre 8 et 10 % en moyenne sur les dix dernières années). Cette augmentation s'explique par le développement de l'ambulatoire, l'augmentation des maladies chroniques.

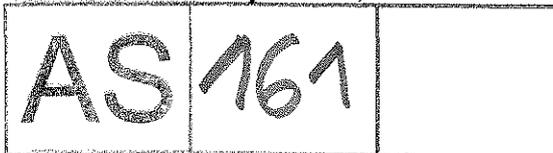
Le gouvernement n'a donc rien fait rien en matière de transports sanitaires jusqu'à présent puisque la réglementation concernant cet article vient à peine d'être publiée en septembre.

Il va proposer toutefois par voie réglementaire pour 2011 de supprimer la prise en charge automatique des transports à 100% pour les malades en ALD (économie attendue de 20 millions), avec toujours la même logique de faire payer toujours plus les malades.

Cet amendement propose donc une nouvelle modalité d'affectation de la ressource de transport qui permettrait d'améliorer concrètement la qualité du service aux malades et l'efficacité du système.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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



Présenté par : Christian Paul, Marisol Touraine, Catherine Lemorton, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE ADDITIONNEL *après l'article 13*

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

L'article L. 162-22-15 du Code de la Sécurité sociale est complété :

à la fin du second alinéa est ajouté le texte suivant :

« Les mesures prises en cours d'année par le gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements. »

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement vise à assurer la délégation intégrale du montant voté pour les MIGAC par le Parlement. A défaut, les efforts d'économie doivent être effectués de manière équitable et transparente entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, la représentation nationale vote chaque année une enveloppe MIGAC (mission d'intérêt général et aide à la contractualisation) permettant d'assurer le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé, tout en accompagnant, le cas échéant, le développement de leur efficience. Compte tenu de l'organisation de l'offre de soins en France, ces financements concernent essentiellement les hôpitaux publics.

En 2010, une part significative des MIGAC, estimée à 550 millions d'euros, a été gelée par les pouvoirs publics afin de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM.

Pour 2011 un nouveau gel de ces crédits a été annoncé, or cela pénalise fortement les établissements publics de santé, alors que l'éventuel « non respect » de l'ONDAM relève de la responsabilité partagée des secteurs public et privé.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques versus des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement est la traduction d'une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments », paru en 2008. Il s'agit de donner un signe fort de la part du législateur pour améliorer la sécurité des médicaments.

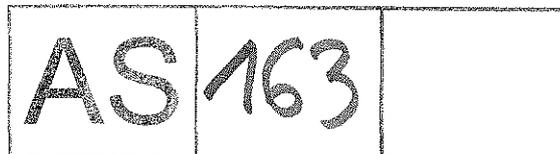
Cet amendement a été proposé à plusieurs reprises dans d'autres textes mais il n'a jamais été adopté alors que l'une des leçons tirée de l'affaire du Mediator a montré l'urgence de procéder à des essais comparateurs pour apprécier le service médical rendu d'un médicament.

L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) détermine le niveau de prix du médicament mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu mais qui apportent une économie dans le coût du traitement médicamenteux. Or, actuellement, l'appréciation de l'ASMR est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un placebo et dans moins de la moitié des cas sur une comparaison avec des comparateurs.

Cependant, une majorité des médicaments qui sont évalués par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (58 % en 2005, 54 % en 2006).

Dans le but de privilégier l'admission au remboursement des médicaments qui apportent une réelle ASMR, il est donc souhaitable que l'appréciation de l'ASMR soit fondée non seulement sur une comparaison avec un placebo mais également sur des essais cliniques contre comparateurs, lorsqu'ils existent, afin de mesurer la valeur ajoutée thérapeutique.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

A la fin du premier paragraphe de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, il est inséré la phrase suivante : « Elle veille aussi à ce que les sites informatiques qui ne sont pas encore certifiés dédiés à la santé affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments ».

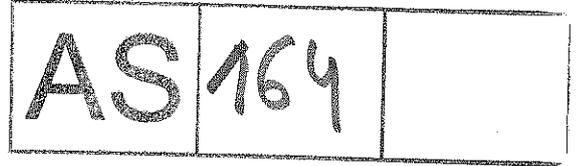
La Haute Autorité est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé.

La population consulte de plus en plus les informations sur internet sur les questions de santé.

Afin d'améliorer l'accès à des informations fiables, il serait souhaitable que les sites non certifiés soient tenus de faire figurer sur leur page d'accueil des liens vers les sites institutionnels d'information en santé (AFSSAPS, HAS, INPES, CEPS, caisses d'assurance maladie...).

Il est urgent de contribuer à assurer l'accès à l'information en santé pour les patients et les professionnels de santé qui soit la plus complète et la plus fiable.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article ~~163~~ 164

APRES L'ARTICLE ~~163~~, insérer l'article suivant :

I- L'article L. 5311-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

«6°Met en œuvre, en liaison avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1er janvier 2011, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les spécialités de référence, leurs spécialités génériques ainsi que les spécialités considérées comme équivalents thérapeutiques conformément au 17° de l'article L.5121-1 du présent code. Il comprend pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, du prix public et du coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible au public.»

II- En conséquence, l'article L.5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17°Équivalent thérapeutique d'une spécialité de référence, celle dont la structure chimique est proche de la spécialité de référence, qui bénéficie d'un mode ou un mécanisme d'action similaire et du même mode d'administration que la spécialité de référence pour les indications qu'elles ont en commun. Une spécialité est considérée comme un équivalent thérapeutique d'une spécialité de référence dès lors qu'elle apporte le même effet thérapeutique, quelque soit son dosage, et présente un profil de sécurité similaire. Ne peuvent être considérées comme équivalents thérapeutiques d'une spécialité de référence que les spécialités pharmaceutiques qui n'apportent pas, pour l'indication commune, d'amélioration en terme d'efficacité ou de tolérance selon le niveau d'amélioration du service médical rendu apprécié par la commission mentionnée à l'article R. 163-15 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à lutter contre les stratégies de contournement de prescription des génériques. Il est ainsi proposé que l'AFSSAPS et l'Assurance maladie mettent au point un répertoire plus large que le répertoire des génériques, qui correspondrait à un répertoire des équivalents thérapeutiques, d'ici au 1er janvier 2011.

Une définition de l'équivalence thérapeutique est un préalable à la réalisation de ce répertoire, qui listerait les génériques, leurs princeps et les équivalents thérapeutiques et fournirait en plus des informations sur la situation au regard du remboursement, le prix.

Cette situation s'explique notamment par le champ trop étroit du répertoire des génériques, liste des médicaments génériques et de leur princeps, établie par l'AFSSAPS, et utilisée d'une part, par les pharmaciens pour exercer la substitution et d'autre part, par les médecins pour prescrire des génériques. En effet, ce répertoire a atteint aujourd'hui ses limites : si le taux de pénétration des génériques, a fortement progressé ces dernières années, la part des prescriptions dans le répertoire a tendance à stagner. Le HCAAM, dans son avis actualisé sur le médicament du 25 septembre 2008, explique cette stagnation par le fait que *"la prescription – largement du fait de la pression commerciale des laboratoires – se déplace vers les produits "hors répertoire" et donc encore sous brevet"*. Or ces molécules de contournement ne sont pas plus efficaces que les médicaments génériques, mais coûtent beaucoup plus cher à la collectivité.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« La Haute autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cette mesure vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments » adopté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le 30 avril 2008.

L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) détermine le niveau de prix du médicament mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu mais qui apportent une économie dans le coût du traitement médicamenteux.

Dans un but d'aide à la décision ainsi que de transparence et d'analyse des remboursements de médicaments selon leur ASMR, il est donc souhaitable d'établir une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-3 du code de la santé publique, à la fin du premier alinéa, ajouter la phrase suivante :

« Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe ou indirecte d'information, de formation ou d'éducation à destination du public relative à un médicament prescrit. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à établir un principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique. Il s'agit d'une mesure que le groupe SRC a défendue lors de la discussion de la loi HPST, et qu'il représente régulièrement.

L'article 84 de la loi HPST, a permis d'inscrire l'éducation thérapeutique dans le code de la santé publique. Toutefois elle fait l'objet d'une rédaction bien trop floue qui n'apporte pas suffisamment de garantie d'une bonne application pour le bien des malades.

Un récent rapport, a montré combien l'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif.

Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-4 du code de la santé publique, supprimer la dernière phrase.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à renforcer le principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

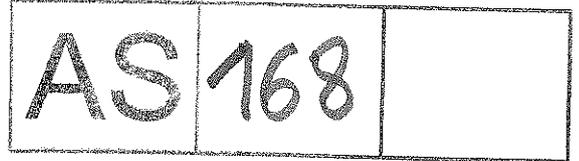
Un récent rapport, a montré combien l'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif. Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique, qui n'a rien à voir.

Si le rôle de l'industrie pharmaceutique est bien reconnu comme essentiel pour l'innovation et la mise au point des médicaments, on doit cependant bien distinguer l'éducation thérapeutique d'un moyen de développer des politiques promotionnelles. Comme le détaille la revue Pharmaceutiques (septembre 2008), dans l'article intitulé « Promotion du médicament : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », les programmes d'accompagnement des patients répondent à une véritable stratégie marketing, à travers le mix- promotionnel, combinaison de la promotion des produits avec des services associés. Il en découle que les programmes d'éducation thérapeutique mis en place par les laboratoires pharmaceutiques revêtiront davantage un objectif commercial qui consiste à fidéliser les patients à la marque du

médicament qu'un objectif d'amélioration de la qualité des soins et du bon usage du médicament.

Or, pour garantir une éducation thérapeutique de qualité, il est primordial que le patient soit préservé de tout contact de nature promotionnelle, comme le souligne le rapport IGAS de décembre 2007 consacré à « l'encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ».

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-1 du code de la santé publique, au troisième alinéa, après les mots :

“...contact direct...”, ajouter les mots suivants : “...ou indirect...”.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à renforcer le principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

Un récent rapport, a montré combien l'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif. Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique, qui n'a rien à voir.

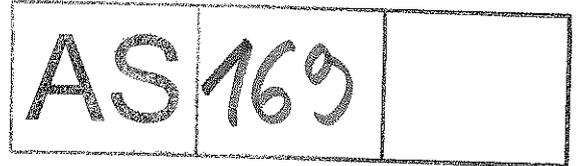
Si le rôle de l'industrie pharmaceutique est bien reconnu comme essentiel pour l'innovation et la mise au point des médicaments, on doit cependant bien distinguer l'éducation thérapeutique d'un moyen de développer des politiques promotionnelles.

Comme le détaille la revue Pharmaceutiques (septembre 2008), dans l'article intitulé « Promotion du médicament : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », les programmes d'accompagnement des patients répondent à une véritable stratégie marketing, à travers le mix- promotionnel, combinaison de la promotion des produits avec des services associés. Il en

découle que les programmes d'éducation thérapeutique mis en place par les laboratoires pharmaceutiques revêtiront davantage un objectif commercial qui consiste à fidéliser les patients à la marque du médicament qu'un objectif d'amélioration de la qualité des soins et du bon usage du médicament.

Or, pour garantir une éducation thérapeutique de qualité, il est primordial que le patient soit préservé de tout contact de nature promotionnelle, comme le souligne le rapport IGAS de décembre 2007 consacré à « l'encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ».

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-5 du code de la santé publique, au troisième alinéa, après les mots :

“...contact direct...”, ajouter les mots suivants : “...ou indirect...”.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit d'un amendement de coordination avec les précédents, visant également à renforcer le principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif. Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique, qui n'a rien à voir.

Si le rôle de l'industrie pharmaceutique est bien reconnu comme essentiel pour l'innovation et la mise au point des médicaments, on doit cependant bien distinguer l'éducation thérapeutique d'un moyen de développer des politiques promotionnelles.

Or, pour garantir une éducation thérapeutique de qualité, il est primordial que le patient soit préservé de tout contact de nature promotionnelle, comme le souligne le rapport IGAS de décembre 2007 consacré à « l'encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ».

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

Le quatrième alinéa du I de l'article L 162-17-3 du code de la sécurité sociale est rédigé de la manière suivante :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, deux représentants désignés par les organisations hospitalières les plus représentatives. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement vise à renforcer le contrôle démocratique des travaux du CEPS, en y intégrant des parlementaires, d'une part, et le contrôle technique sur les travaux d'analyse menés et les conséquences ultérieures sur les établissements de santé, avec une participation des fédérations hospitalières représentatives.

Le comité économique des produits de santé prend des décisions de haute importance pour la collectivité nationale, en termes d'arbitrage sur les niveaux de financement solidaire des spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.

Or il s'avère que la rapidité de progression des ressources affectées aux spécialités et dispositifs tarifés dépasse très largement le rythme global des ONDAM successifs.

Par voie de conséquence, les tarifs hospitaliers sont très pénalisés par l'impact de ces charges de spécialités pharmaceutiques et dispositifs tarifés en sus, puisque les sommes croissantes,

avec des progressions annuelles à deux chiffres, affectées à cet objet pénalisent l'enveloppe disponible ensuite pour les tarifs.

Par ailleurs il convient d'améliorer la transparence s'agissant des conventions passées entre le CEPS et les industries pharmaceutiques, conventions qui leur permettent de ne pas se voir appliquer le taux K qui détermine le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (très peu de laboratoires sont concernés).

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

A l'article L5121-10 du code de Santé Publique supprimer la phrase suivante :

« Le demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à mettre un frein aux stratégies développées par certains laboratoires pour freiner l'arrivée d'un médicament générique.

Il faut rappeler que la France a toujours un retard certain par rapport aux autres pays européens concernant le développement des médicaments génériques qui permettent pourtant de faire des économies nécessaires pour les finances de l'assurance maladie tout en permettant de soigner aussi bien les malades.

Le rapport de l'enquête de la Commission Européenne sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de l'industrie pharmaceutique a clairement mentionné les interventions des laboratoires princeps auprès des organismes d'autorisation de mise sur le marché comme des outils visant à retarder l'arrivée d'un concurrent générique.

L'examen des contentieux rapportés permet de constater que les revendications des laboratoires princeps, fondées dans seulement 2% des cas, ont conduit à des retards dans la mise sur le marché des spécialités génériques.

Il conviendrait donc de s'assurer que le niveau d'information délivré aux titulaires des droits de propriété intellectuelle ne soit pas propice à ce type d'intervention.

L'article L 5121-10 du Code de Santé Publique prévoit l'information du titulaire des droits de PI au moment de la soumission du dossier d'AMM puis l'information du titulaire de l'AMM de la spécialité de référence au moment de la délivrance de l'AMM générique.

Depuis la rédaction de l'avenant n°2 de l'accord cadre du 13 juin 2003, l'exploitant de la spécialité de référence est également informé par le CEPS de la demande de prix pour une spécialité générique.

Ce triple niveau d'information paraît excessif et il s'avèrerait nécessaire, pour réduire l'intervention des laboratoires princeps au cours des demandes d'agrément des spécialités génériques, de supprimer l'information au moment du dépôt de la demande d'AMM.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel après l'article 9 bis

APRES L'ARTICLE 9 bis, insérer l'article suivant :

A l'article L5121-10 du code de Santé Publique supprimer la phrase suivante :

« Préalablement à cette commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique informe le directeur général de l'agence des indications, formes pharmaceutiques et dosages de la spécialité de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. »

Exposé des motifs

Le rapport de l'enquête de la Commission Européenne sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de l'industrie pharmaceutique a clairement mentionné les interventions des laboratoires princeps auprès des organismes d'autorisation de mise sur le marché comme des outils visant à retarder l'arrivée d'un concurrent générique.

L'examen des contentieux rapportés permet de constater que les revendications des laboratoires princeps, fondées dans seulement 2% des cas, ont conduit à des retards dans la mise sur le marché des spécialités génériques.

Il conviendrait donc de s'assurer que le niveau d'information délivré aux titulaires des droits de propriété intellectuelle ne soit pas propice à ce type d'intervention.

L'article L 5121-10 du Code de Santé Publique prévoit l'information du titulaire des droits de PI au moment de la soumission du dossier d'AMM puis l'information du titulaire de l'AMM de la spécialité de référence au moment de la délivrance de l'AMM générique.

Depuis la rédaction de l'avenant n°2 de l'accord cadre du 13 juin 2003, l'exploitant de la spécialité de référence est également informé par le CEPS de la demande de prix pour une spécialité générique.

Ce triple niveau d'information paraît excessif et il s'avèrerait nécessaire, pour réduire l'intervention des laboratoires princeps au cours des demandes d'agrément des spécialités génériques, de supprimer l'information au moment du dépôt de la demande d'AMM.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispa, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 18

Supprimer cet article.

EXPOSE SOMMAIRE

L'article L. 5125-15 du code de la santé publique dispose qu'à la suite d'un regroupement d'officines de pharmacie dans la même commune ou dans des communes limitrophes, les licences libérées doivent être prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour appliquer les conditions de quotas requises pour toute installation d'officine. L'ARS peut mettre fin à cette prise en compte à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement. Ainsi, les licences libérées continuent-elles à être comptabilisées après cette période de cinq ans en l'absence de décision contraire de l'ARS, minimisant largement la portée d'un des arguments avancés au Sénat lors de l'adoption de l'article 18 dont nous demandons la suppression.

C'est afin d'inciter les officines à se regrouper que le législateur a prévu ce gel des licences libérées à la suite d'un regroupement. En effet, cette mesure a pour conséquence de faire obstacle à toute possibilité d'installation nouvelle d'officines à proximité du lieu d'exercice des officines issues du regroupement.

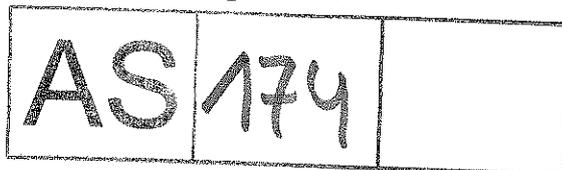
L'article dont la suppression est demandée a pour objet de préciser les dispositions de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique relatives aux modalités de comptabilisation des licences dites « libérées ».

Juridiquement aberrante, cette adaptation va clairement à l'encontre de la volonté du législateur. En effet, contrairement à ce qui est indiqué, en cas de regroupement de deux officines, deux licences ne font plus qu'une. Les deux anciennes licences sont rapportées à l'ARS et une nouvelle licence est délivrée à l'officine issue du regroupement. Si dans les faits il n'existe qu'une seule licence, en droit, trois licences sont bel et bien comptabilisées. Le code de la santé publique aménage donc une survie fictive des deux licences libérées. Cette survie est sans conséquence sur l'existence de la nouvelle licence qui doit, elle aussi, être comptabilisée comme toute licence d'une officine existante.

Il en résulte qu'aucune nouvelle officine ne peut s'installer dans la commune accueillant ou comptant une officine issue d'un regroupement ; en d'autres termes, les licences libérées sont prises en compte au même titre que celles des officines existant dans la commune où s'effectue le regroupement. Contraire à l'interprétation retenue par la mission juridique du Conseil d'Etat auprès du Ministre de la Santé, la modification proposée trahit l'esprit de la loi qui vise à protéger, du moins pendant une certaine période, les officines qui franchissent le pas du regroupement.

Si seules les anciennes licences devaient être comptabilisées, la portée de l'article L. 5125-15 se trouverait limitée et pourrait décourager les pharmaciens à se regrouper alors que cette pratique constitue parfois une réponse aux difficultés économiques que connaissent un nombre croissant d'officines, difficultés économiques dont le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé a rappelé l'existence au Sénat, à l'occasion du débat du 9 mars 2011 portant précisément sur cette modification de l'article L. 5125-15.

Proposition de loi n°3238 adoptée par le Sénat, 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

Présenté par : Catherine Lemorton, Christian Paul, Marisol Touraine, Gérard Bapt, Catherine Génisson, Michel Issindou, Jean Mallot, , Jean-Marie Le Guen, Christophe Sirugue, Jean-Louis Touraine, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Dominique Orliac, Michèle Delaunay, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Simon Renucci, Patrick Lebreton, et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article additionnel

Après l'article 18, insérer l'article suivant :

Après le 9^{ème} alinéa de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« L'opposition formée à l'encontre de la convention ou d'un avenant de celle-ci par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, au sens de l'article L. 162-33, réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales de professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, fait obstacle à sa mise en œuvre. ».

EXPOSE SOMMAIRE

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a réformé le cadre de la négociation et de la conclusion des conventions passées entre les organisations représentatives des professionnels de santé et l'assurance maladie. C'est ainsi qu'un droit d'opposition « majoritaire » a été instauré afin d'éviter l'adoption de dispositions conventionnelles auxquelles serait opposée la majorité de la profession concernée.

Ce droit d'opposition peut être exercé à l'encontre des conventions, de leurs annexes et avenants, conclus entre l'assurance maladie et certains professionnels de santé, notamment les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renforcé la légitimité de ce droit d'opposition en permettant d'objectiver, grâce aux résultats obtenus aux élections des URPS, le caractère majoritaire de l'organisation ou des organisations usant du droit d'opposition.

Il convient d'étendre aux pharmaciens d'officine ce droit d'opposition d'autant plus que la convention qui régit leurs rapports avec l'assurance maladie, convention mentionnée à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, arrive prochainement à échéance et va faire l'objet d'une renégociation.