

Le 29 mars 2011

Commission des affaires sociales

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

Amendements reçus par la commission

Amendements de la rapporteure

Liasse 3/3 Rectifiée



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 3 bis A

Substituer aux alinéas 5 et 6 les deux alinéas suivants :

« L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les interventions de ces professionnels de santé ne peuvent être qualifiées comme étant une activité salariée conformément à l'article L. 8221-6 du code du travail et à l'article L. 311-11 du code de la sécurité sociale ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rédiger les dispositions de cet article relatives aux établissements médico-sociaux afin, d'une part, d'éviter le double paiement d'une même prestation par l'Assurance-maladie et, d'autre part, d'éviter le renvoi à des dispositions réglementaires.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis

A l'alinéa 2 de cet article, après le mot : « *déclarer* », insérer les mots : « *au conseil national de l'ordre concerné* ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement précise que c'est au conseil national de chaque ordre concerné que les entreprises devront adresser leur déclaration annuelle.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis

Après l'alinéa 4, insérer les deux alinéas suivants :

« *I bis.* Au premier alinéa de l'article L. 4221-17 du même code, les mots : « de l'article L.4113-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L.4113-6 et L.4113-6-1 ».

« *I ter.* Aux articles L. 4311-28, L. 4321-19 et L. 4322-12 du même code, après la référence à l'article « L. 4113-6 » est insérée la référence à l'article « L. 4113-6-1 , »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement étend les dispositions de ce nouvel article aux autres professions de santé disposant d'un ordre et également soumises à l'article L. 4113-6 du code de la santé publique : pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis

Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« *I quater.* Au dernier alinéa de l'article L. 4113-6 du même code, les mots : « actions de formation médicale continue » sont remplacés par les mots : « programmes de développement professionnel continu. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement rectifie le dernier alinéa de l'article L. 4113-6 qui fait toujours référence aux « actions de formation médicale continue », notion remplacée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, par la notion de « programmes de développement professionnel continu ».



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 10

Compléter la première phrase de l'alinéa 32 par les mots : « *du présent article* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 14 bis

A l'alinéa 3, après les mots : « prévue par », insérer les mots « le III
de »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 14 bis

A l'alinéa 6, après les mots : « de moyens », insérer les mots
« visés à l'article L. 6114-1 du Code de la santé publique »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle.



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

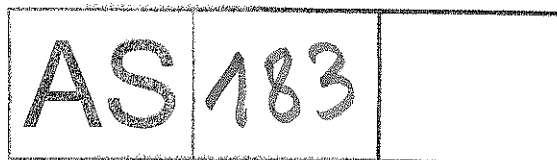
Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 14 bis

A l'alinéa 6, substituer aux mots « allant jusqu'à » les mots « maximale de »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article additionnel après l'article 14 bis

Après l'article 14 bis, insérer l'article suivant :

L'article L.1434-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé

« Art. L.1434-3.- Le projet régional de santé fait l'objet, avant son adoption, d'une publication sous forme électronique. L'agence régionale de santé recueille l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, du représentant de l'Etat dans la région, du conseil régional et des conseils généraux de la région sur le projet ainsi publié. Les communes peuvent également transmettre leur avis à l'agence régionale de santé.

« L'illégalité pour vice de forme ou de procédure du projet régional de santé, du plan stratégique régional de santé, des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ainsi que des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas ne peut être invoquée par voie d'exception, après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document en cause. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L.1434-3 du code de la santé publique, qui dispose que « Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'Etat dans la région », a pour effet de soumettre ce document à toutes les communes de la région.

La réalisation de cette consultation pose des problèmes pratiques considérables qui résultent du nombre de collectivités à consulter (entre 1 000 et 3 000 pour la majorité des agences régionales de santé), du volume des documents concernés (plusieurs centaines de pages) et du calendrier

contraint par l'objectif de publication du projet régional de santé (PRS) avant fin 2011.

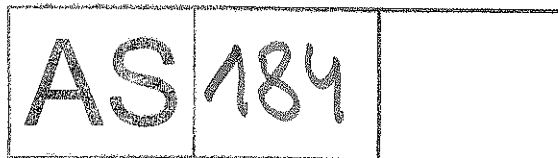
La complexité de la procédure d'adoption du PRS fait en outre peser un risque contentieux dans la mesure où l'illégalité pour vice de forme du PRS peut être invoquée par la voie de l'exception à tout moment par un promoteur d'activité de santé ou médico-sociale soumise à une autorisation fondée sur le PRS.

L'objet de cet amendement est donc :

- de permettre la publication sous forme électronique du projet de texte du PRS, offrant une large transparence et favorisant la concertation

- de faciliter la procédure d'avis en permettant aux communes intéressées de faire connaître leur avis à l'agence régionale de santé sans pour autant imposer une procédure excessivement lourde à l'agence.

- de sécuriser le PRS au regard des contestations formelles et de procédures.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 16

Avant l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« I.- Le deuxième alinéa de l'article L 313-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé : « Les autorisations délivrées aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues, à titre transitoire , pour une durée de trois ans et qui ne sont pas arrivées à échéance à la date de publication de la présente loi, se voient appliquer les dispositions prévues à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles pour la durée d'autorisation restant à courir, dans la limite de quinze ans. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'état actuel du droit commun des établissements médico-sociaux prévoit une durée d'autorisation de 15 ans (art. L313-1 du CASF), son renouvellement, total ou partiel, étant exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.

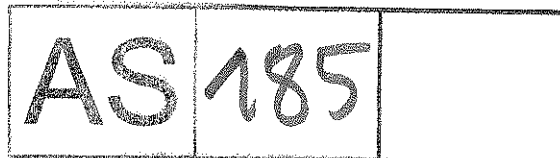
Le 2ème alinéa de l'article L.313-1 du CASF, que cet amendement propose d'abroger et de remplacer, prévoit que les établissements médico-sociaux d'addictologie (CSAPA – anciennement CCAA et CSST - et CAARUD) ont, à titre transitoire, une première autorisation d'une durée de 3 ans.

Cette disposition transitoire était justifiée, à l'époque de sa rédaction, par le fait qu'il s'agissait de structures initialement financées par l'Etat qui devenaient des établissements médico-sociaux et par la volonté de s'assurer de leur bon fonctionnement avant de les pérenniser pour 15 ans.

Désormais et depuis plusieurs années, les structures médico-sociales d'addictologie sont des établissements médico-sociaux. Par conséquent, cette disposition transitoire n'a plus lieu d'être maintenue et doit être abrogée.

Au surplus cette durée d'autorisation de 3 ans rend difficilement applicables, voire même inapplicables, les dispositions sur l'évaluation externe des établissements médico-sociaux prévues à l'article L.312-8 du CASF et fait peser de lourdes contraintes sur ces établissements. En effet, ce que les autres établissements médico-sociaux doivent réaliser en 15 ans, les établissements médico-sociaux d'addictologie doivent actuellement le réaliser en 3 ans.

Afin de permettre la réintégration des établissements médico-sociaux d'addictologie dans le droit commun des établissements médico-sociaux et de ne pas faire peser sur ces structures les mêmes obligations que celles des autres établissements dans un délai nettement plus court (3 ans au lieu de 15 ans), il est nécessaire de porter la durée d'autorisation des établissements médico-sociaux d'addictologie à 15 ans, y compris pour ceux en cours d'autorisation.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article additionnel après l'article 16

Après l'article 16 insérer l'article suivant :

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

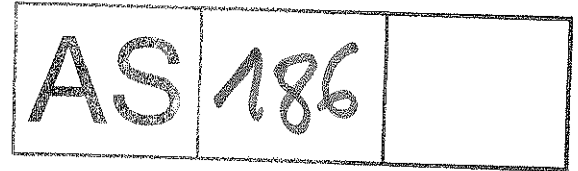
Depuis la création des CAMSP et des CMPP, les enfants qui les fréquentent peuvent bénéficier, lorsque cela s'avère nécessaire, sur prescription médicale du Médecin du CAMSP ou du CMPP, de prises en charge financières des frais de transport (taxi, transport en commun, véhicule personnel), après accord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

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

Mais en dépit du moratoire demandé par le Gouvernement, les CPAM continuent de refuser la prise en charge des frais de transports à des enfants qui ne peuvent bénéficier ni du régime de l'ALD, ni, par définition,

ne peuvent passer devant la MDPH. Très concrètement cela induit des ruptures de prise en charge.

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



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

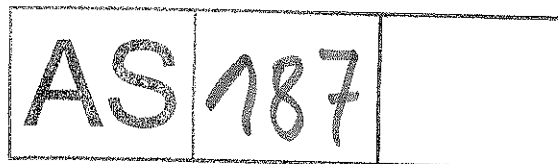
Article 18

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

«II. La 2^{ème} phrase du 6^{ème} alinéa de l'article L.5125-17 du code de la santé publique est supprimée. »

EXPOSÉ 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.



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

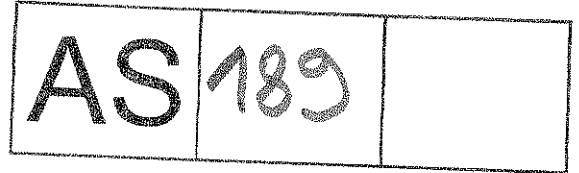
Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 20

A l'alinéa 27, substituer au mot : « troisième » le mot « quatrième »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article additionnel après l'article 3

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

« L'article L. 1434-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1°. Dans la première phrase du deuxième alinéa, après le mot « précise » sont insérés les mots «, dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé, ».

« 2°. Le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Il comporte une partie dite ambulatoire applicable notamment aux professionnels libéraux dont la portée est indicative et par conséquent non opposable. Ce volet ne remet pas en cause la liberté d'installation des professionnels de santé.

Le présent amendement a pour objet de confirmer que le SROS ne porte aucune atteinte à ce principe.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 15

Rédiger ainsi l'alinéa 5 :

« La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les ARS rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de renforcer la simplification du circuit de validation des projets financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au titre de la section IV de son budget), il est proposé de prévoir une délégation de crédits plutôt que la subdélégation de ceux-ci prévue dans la rédaction initiale .

Cette simplification comptable souhaitée par la CNSA va permettre une gestion régionale de ces crédits par les agences régionales de santé et ainsi une garantie de meilleure exécution des dépenses.

AS	191	
----	-----	--

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 (N°3238)

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article 7 bis

I - Au deuxième alinéa du I, insérer le mot :

« *public* »

après le mot :

« *rapport* ».

II – Au quatrième alinéa du I, substituer aux mots :

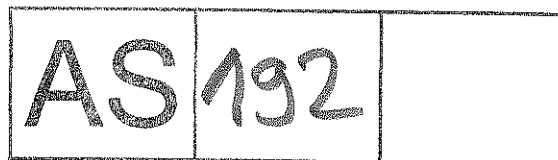
« *à la seconde phrase de l'alinéa précédent* »

les mots :

« *au premier alinéa et à la seconde phrase du deuxième alinéa du présent article* ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article additionnel avant l'article 9

Au deuxième alinéa de l'article 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

le mot :

« *universitaires* »

est remplacé par le mot :

« *régionaux* ».

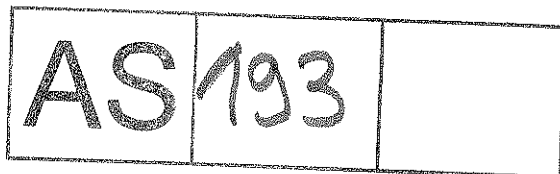
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement permet de mettre en cohérence :

- la rédaction de l'article 3 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui dispose que des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommés sur des emplois de directeurs d'établissement par le directeur général de l'Agence régionale de santé, à l'exception des directeurs de centres hospitaliers universitaires qui restent nommés par décret ;

avec

- les dispositions de l'article L.6143-7-2 du code de la santé publique tel qu'il est issu de la loi HPST du 21 juillet 2009, aux termes duquel les directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux, qu'ils soient centres hospitaliers universitaires ou non, sont nommés par décret et ce, qu'ils soient fonctionnaires ou non.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article 9

Rétablir l'article 9 dans la rédaction suivante :

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

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

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

2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans le cadre de l'examen du décret d'application de l'article 9 de la loi HPST créant les fondations hospitalières pour faciliter l'organisation de la recherche, le Conseil d'État a considéré que la rédaction de la loi HPST ne permettait pas aux fondations hospitalières de s'affranchir des règles applicables aux fondations d'utilité publique, dont la procédure de création est particulièrement complexe et dont la gouvernance est inadaptée au but recherché par les fondations hospitalières.

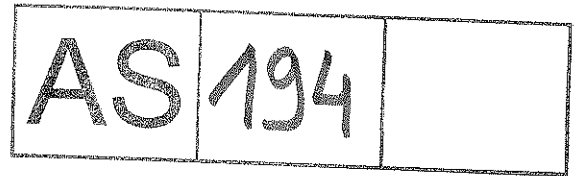
La rédaction actuelle des dispositions législatives afférentes aux fondations hospitalières pose ainsi les problèmes opérationnels suivants :

- mise en place d'une gouvernance inadaptée, qui ne permet pas aux décideurs hospitaliers de conserver le contrôle de la recherche qui s'effectuerait au travers de leurs établissements : les créateurs perdent, en vertu du principe général du droit des fondations reconnues d'utilité publiques, le contrôle et la gestion de la fondation créée ;

- procédure de création inutilement complexe, avec notamment l'acquisition de la personnalité morale et la reconnaissance d'utilité publique accordée par décret en Conseil d'État sur le rapport du ministre chargé de la santé ;

- outil juridique dépourvu de pertinence ou de valeur ajoutée dans le paysage des fondations déjà existantes avec le risque que les établissements publics de santé optent soit pour des fondations moins complexes et moins lourdes à constituer, telles que les fondations de coopération scientifiques, soit pour des fondations reconnues d'utilité publique *stricto sensu*.

L'amendement proposé vise en conséquence à permettre aux fondateurs de disposer de la majorité au conseil d'administration de la fondation, à conférer au directeur général de l'ARS le pouvoir de contrôler les fonds affectés à la fondation par les établissements hospitaliers et à renvoyer à un décret en Conseil d'État les modalités d'application des textes législatifs, en précisant que la fixation par ce décret des règles de création et de fonctionnement des fondations hospitalières doivent tenir compte de leur spécificité.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article 9 bis A

L'article 9 bis A est ainsi rédigé :

« Au g) du 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique,
après les mots :

« médico-sociaux »,

sont insérés les mots :

« . À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif,
des séjours de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur
leur activité chirurgicale, sur la base des informations mentionnées à
l'article L. 6113-8 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Tout en partageant le souhait de bénéficier d'un éclairage et de données sur la pertinence des soins délivrés, de façon à amener les professionnels de santé à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles et à mettre en lumière des marges de progrès possible, il serait souhaitable d'apporter quelques aménagements aux dispositions votées par le Sénat :

– Cette mission devrait plutôt revenir aux ARS. Elles sont en effet chargées du pilotage de l'activité des établissements et disposent d'une connaissance fine de leur activité et de ses liens éventuels avec les besoins de la population. Elles sont à ce titre responsables de l'amélioration de la

pertinence des soins délivrés qui s'inscrit dans le cadre de la gestion du risque et permet d'alimenter des actions d'amélioration, voire de contrôle, de la pertinence des soins délivrés par les établissements ;

– Le bilan devrait également comporter des informations sur les séjours réalisés en établissements de santé ;

– Il paraît enfin important de préciser que le bilan de l'activité est notamment établi sur la base des informations figurant dans le PMSI.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article 9 bis B

Rédiger ainsi cet article :

« Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements publics de santé des départements d'outre-mer, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi.

Un décret en conseil d'État précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés, les conditions de leur mise en œuvre et de leur évaluation ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

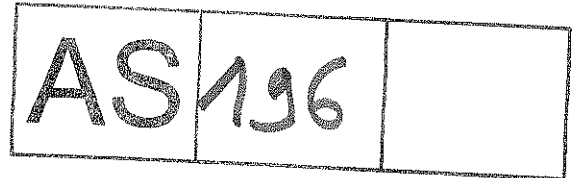
L'article 9 bis B, adopté par le Sénat en 1^{ère} lecture, ouvre la possibilité pour les établissements publics de santé de mettre en place des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel affectés dans les établissements publics de santé des départements et collectivités d'outre-mer.

L'enjeu de cette mesure est de permettre à un praticien hospitalier à temps partiel de regrouper ses obligations de service hospitalier sur une

partie de l'année et de lui offrir la possibilité de rentrer en métropole pour le reste de l'année afin d'y reprendre une activité libérale ou salariée. Ces expérimentations sont ainsi de nature à aider les établissements publics de santé d'outre-mer à constituer un vivier de praticiens en favorisant notamment le recrutement de praticiens métropolitains.

Cette disposition avait déjà été adoptée dans une forme assez proche aussi bien à l'Assemblée nationale qu'au Sénat lors de l'examen de la loi HPST mais que, la durée d'une telle expérimentation n'étant alors pas mentionnée, le Conseil constitutionnel l'avait déclaré contraire à la Constitution. Un dispositif identique avait également été introduit à l'article 105 de la loi de financement de la sécurité social pour 2011 mais avait également été invalidé comme cavalier social par le Conseil constitutionnel.

Il convient de conserver cette disposition mais de supprimer son insertion dans le code de la santé publique car les dispositions autorisant des expérimentations n'étant pas pérennes, elles n'ont pas vocation à être codifiées.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article 12

Rétablir l'article 12 dans la rédaction suivante :

« Pour l'application de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, le consentement exprès des personnes concernées est, à compter de la publication de la présente loi, réputé accordé pour ce qui concerne le transfert des données de santé à caractère personnel actuellement hébergées par les établissements publics de santé et par les établissements de santé privés ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

De nombreux établissements de santé éprouvent des difficultés, pour des raisons de place, à conserver en leur sein les dossiers médicaux sur support papier contenant des données de santé à caractère personnel.

L'article 21 de la loi HPST a certes modifié l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel auprès de personnes physiques ou morales agréées afin d'étendre son champ d'application à « l'hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique ».

Toutefois, cet article dispose, dans sa rédaction actuelle, que « l'hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée ».



Or, en raison du nombre considérable de mètres linéaires stockés et de la difficulté, voire l'impossibilité matérielle, pour les établissements de santé de rechercher les patients dont la sortie a déjà été prononcée, de leur envoyer un formulaire afin de recueillir leur consentement exprès, de suivre les retours de ces formulaires, d'effectuer des relances et d'assurer un transfert sélectif pour les seuls dossiers pour lesquels un consentement a été donné expressément, l'obligation de recueil du consentement avant chaque transfert de données s'avère en pratique quasiment inapplicable.

Il convient en effet de rappeler que les durées obligatoires de conservation peuvent atteindre 20 ans et que les établissements éprouvent déjà de grandes difficultés à assurer la traçabilité des patients sortis, afin de procéder au recouvrement de leurs créances (changements d'adresse, SDF, fausses adresses données...), alors même que les dossiers de recouvrement excèdent rarement un an.

Devant ces difficultés matérielles, il apparaît souhaitable de limiter le recueil d'un accord exprès aux seuls patients qui seront admis en établissement de santé après la publication de la mesure législative.

Le droit des patients sera pleinement garanti par ce dispositif puisque :

- l'hébergement des données de santé à caractère personnel sur support papier sera confié à une personne physique ou morale bénéficiant d'un agrément octroyé par le ministre chargé de la culture ;

- la relation entre l'établissement de santé et l'hébergeur sera encadrée par un décret en Conseil d'État déterminant notamment de façon précise le contenu obligatoire du contrat de prestation ;

- la sous-traitance des dossiers auprès des hébergeurs garantira dans bien des cas une meilleure conservation des dossiers que dans les établissements de santé et, à travers une meilleure maîtrise des plans de classement, un meilleur accès du patient.

Comme il est certain que les établissements ne sont pas en mesure d'assurer la traçabilité des patients qui ne sont plus dans l'établissement, il convient d'aménager au mieux le droit applicable en prévoyant une sorte de présomption de consentement au transfert à un tiers de données de santé à caractère personnel, sachant que tous les nouveaux patients devront continuer à donner expressément leur consentement à l'externalisation de leur dossier auprès du prestataire.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article additionnel après l'article 14 A

Le premier alinéa de l'article L. 1221-10 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1°- La deuxième phrase est complétée par les mots :

« et les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L.6133-1 autorisés selon la même procédure et dans des conditions définies par décret. » ;

2°- À l'avant-dernière phrase,

le mot :

« Ils »

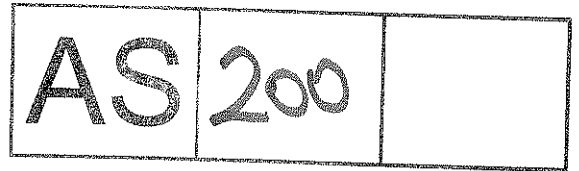
est remplacé par les mots :

« Les produits sanguins labiles ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à autoriser des groupements de coopération sanitaire (GCS) à créer un dépôt de sang, notamment pour éviter l'ouverture de deux dépôts de sang contigus, dans des établissements de santé imbriqués physiquement ou, très proches géographiquement.

Ouvrir la possibilité aux GCS d'être autorisés à créer un dépôt de sang permettra, d'une part, de limiter la multiplication des dépôts et des moyens humains et matériels nécessaires à leur fonctionnement et, d'autre part, de faciliter la gestion de la disponibilité des stocks de produits sanguins labiles et l'accès à la ressource régionale voire le cas échéant de réduire les destructions de produits sanguins labiles.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article 17

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 17 nouveau vise à faire figurer l'objectif de développement des modes de prises en charge alternatifs à l'hospitalisation et l'organisation du développement des activités de dialyse à domicile parmi les principes du schéma régional d'organisation des soins (SROS) inclus dans le projet régional de santé (PRS).

Le développement de ces modes de prises en charge est déjà favorisé par les autorités sanitaires qui poursuivent une politique volontariste de renforcement des alternatives à l'hospitalisation et notamment, de l'activité de dialyse hors centre (unité de dialyse médicale, unité d'autodialyse, hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale) que le schéma régional d'organisation des soins (SROS) doit promouvoir.

Le renforcement des activités de dialyse hors centre constitue ainsi par exemple une des 10 priorités nationales de gestion du risque 2011 pour les ARS.

Il appartient donc au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de veiller à développer dans le SROS les projets et objectifs d'adaptation et d'efficacité de l'offre de soins, pour répondre aux besoins de la population régionale.

Pour autant, l'encadrement de ces activités de soins ou modalités de prises en charge et de leur développement ne relève pas de la loi. Une telle disposition ne pourrait qu'appeler à une surenchère et conduire à vouloir tout inscrire dans la base légale définissant le schéma régional d'organisation des soins, en restreignant le rôle et l'initiative de l'ARS lors de l'élaboration du schéma.



**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 (N°3238)**

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, Rapporteur

Article 21

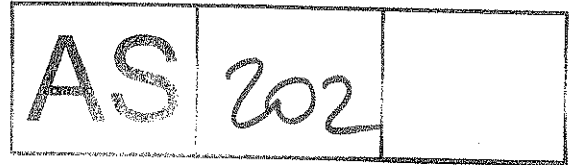
Rédiger ainsi le III. :

« III. – L'article L. 3822-4 est ainsi rédigé :

« Le dernier alinéa de l'article L. 3511-2 et l'article L. 3511-2-1
sont applicables à Wallis-et-Futuna. » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.



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

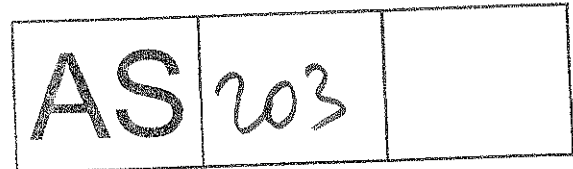
Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

À l'alinéa 2, remplacer les mots : « et des auxiliaires médicaux »,
par les mots : « , auxiliaires médicaux ou pharmaciens ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à inclure les pharmaciens dans la liste des professionnels pouvant constituer avec d'autres professionnels une maison de santé.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « de conditions techniques de fonctionnement déterminées par décret en Conseil d'État », les mots : « dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement prévoit que les maisons de santé devront se conformer non pas à des conditions techniques de fonctionnement mais à un cahier des charges élaborés par le ministère de la santé, en concertation avec les professionnels. En effet, les maisons de santé doivent pouvoir s'adapter aux conditions locales de leur implantation et à certaines spécificités locales. Il est donc plus pragmatique de renvoyer à un cahier des charges élaboré avec les professionnels.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

À l'alinéa 3, après le mot : « hébergement », insérer les mots : « 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 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à bien distinguer les maisons de santé d'autres activités de soins, telles que l'hospitalisation à domicile ou encore la chirurgie ambulatoire, qui relèvent de la responsabilité des établissements de santé. Pour éviter toute ambiguïté sur le périmètre d'intervention des maisons de santé il est précisé qu'elles assurent des activités de soins de premier recours ou le cas échéant, de second recours.

AS	205	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

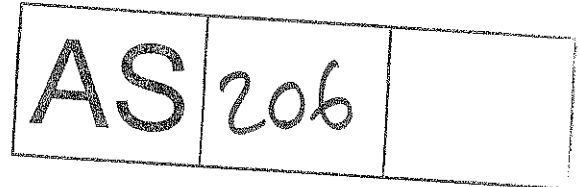
—————

Article 2

À l'alinéa 3, substituer aux mots : « Elle assure », les mots : « Ils assurent » ; substituer au mot : « peut », le mot : « peuvent » et substituer aux mots : « elle élabore », les mots : « ils élaborent ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

À l'alinéa 4, remplacer les mots : « conforme aux », par les mots :
« compatible avec les ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que le projet de santé de la maison de santé doit être non pas conforme mais compatible avec le SROS. Il est en effet important de laisser une marge de manœuvre aux acteurs locaux.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

—————

Article 2

L'alinéa 4 est complété par les mots : « 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 de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que le projet de santé doit être signé par les professionnels membres de la maison de santé, et, le cas échéant, par toute personne amenée à y participer ponctuellement. Non seulement cette signature est au cœur de la constitution d'une maison de santé, mais elle fonde juridiquement la capacité des professionnels à échanger, le cas échéant, des informations relatives au patient.

AS	208	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

« II. – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, sont insérés 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° 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° 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 à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En l'état actuel du droit, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique dispose que tout patient a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Il existe deux exceptions à ce principe :

– deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent « *sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* » ;

– lorsque la personne est prise en charge par un établissement de santé, les informations la concernant sont « *réputées confiées* » à l'ensemble de l'équipe par le malade.

Aucune de ces solutions n'est satisfaisante dans le cas des maisons de santé, que ce soit du point de vue de la continuité des soins ou du respect de la vie privée des patients. Cet amendement aménage donc un dispositif adapté, qui prévoit le consentement exprès du patient, qu'il peut retirer à tout moment, mais aussi sa capacité à choisir les professionnels qu'il autorisera à accéder à ses données médicales personnelles.

AS	209	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 4

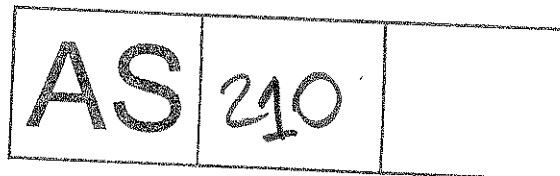
Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir l'article 4 de la proposition de loi, supprimé en première lecture au Sénat, qui visait à mettre fin à l'obligation pour les médecins libéraux de déclarer leurs absences programmées à l'ordre départemental.

Outre la lourdeur de cette formalité pour les praticiens eux-mêmes, son traitement par le conseil départemental de l'ordre s'est avéré impossible. Dans un contexte de désaffection des médecins libéraux par rapport à leur exercice et d'installation tardive des jeunes professionnels, il convient de redonner une capacité d'initiative aux médecins libéraux et de leur laisser assumer la responsabilité, collective, d'organiser la continuité des soins.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

— — —

Article 5

Rédiger ainsi l'article 5 :

I. – Les contrats de bonne pratique conclus en application de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale et les contrats de santé publique conclus en application de l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale continuent à produire leurs effets, pour les droits et obligations nés des adhésions individuelles, jusqu'à la date du 31 décembre 2012.

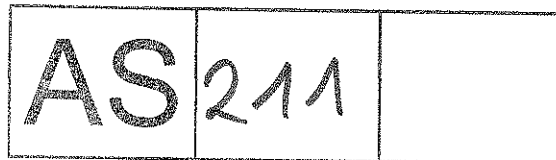
II. – Les parties aux conventions et à l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique mentionnés au I du présent article peuvent donner lieu à de nouvelles adhésions individuelles, avant la date du 31 décembre 2012 »

EXPOSE DES MOTIFS

L'article 5 de la proposition de loi vise à rétablir la base juridique des contrats de bonne pratique et contrats de santé publique, abrogée par l'ordonnance de coordination avec la loi HPST du 23 février 2010, au bénéfice des nouveaux contrats instaurés par la loi HPST.

En l'attente de l'émergence de nouveaux outils contractuels, il importe en effet que les professionnels de santé s'étant engagés individuellement dans ces dispositifs puissent continuer à exercer dans des conditions juridiques solides.

Cette rédaction est mieux à même d'assurer la continuité entre les anciens et les nouveaux contrats, dès la promulgation de la loi et sans nécessité d'acte juridique postérieur.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

—

Article 6

Substituer à la deuxième phrase de l'alinéa 2 les deux phrases suivantes :

« Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure fabriqué spécifiquement suivant une prescription écrite et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareillage proposé et le prix de toutes les prestations associées, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant des dépassements facturés conformément au dispositif mentionné au deuxième alinéa. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical. Après l'exécution de l'acte, le professionnel de santé doit fournir au patient une copie de la facture du dispositif médical utilisé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 6 vise à revenir sur une disposition instaurée par l'article 57 de la loi HPST, qui prévoyait que lorsqu'un acte médical comprenait la pose d'un dispositif médical, le praticien devait détailler au patient son prix d'achat ainsi que le prix de toutes les prestations associées. Il prévoit, dans la rédaction issue du Sénat, une information gratuite du patient relative au prix de vente de l'appareillage et des prestations associées.

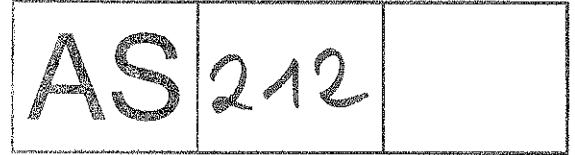
Cet amendement propose d'y ajouter :

– une information sur le prix dissociée de la prothèse et de la prestation du professionnel. La rédaction du Sénat n'était pas très claire sur ce point ;

– une information relative à la provenance du dispositif médical utilisé ;

– la remise de la facture de la prothèse à l'issue du soin, comme cela est prévu par le code de la sécurité sociale sans jamais avoir été appliqué

La transparence ne pourra avoir que des conséquences positives, pour les patients comme pour les professionnels de santé, qui ne souhaitent pas être soupçonnés de tirer des profits indus de l'importation de prothèses.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article additionnel après l'article 6

Après l'article 6^{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 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.

« *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 odontostomatologistes ;

« 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. »

EXPOSE SOMMAIRE

Les assistants dentaires 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 assistants dentaires 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 :

Elle constitue la reconnaissance des assistants dentaires comme professionnels de santé et leur intégration dans la chaîne du soin ouvrant

ainsi la voie à l'élévation de leur niveau de formation ainsi qu'à un élargissement de leurs compétences.

Ensuite, l'inscription dans le code de la santé publique des assistants permettra aux services hospitaliers d'odontologie de les employer. Actuellement, ils sont obligés d'avoir recours à des aides-soignantes ou des infirmières que leur formation n'a pas toujours préparées à cette fonction.

Enfin, le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale paru en septembre 2010, consacre un chapitre assez détaillé à ce sujet, 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. L'Igas chargé du rapport sur ce sujet se montre également favorable à une telle évolution.

AS	213	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

I. – À l’alinéa 6 substituer aux mots : « profession de santé », les mots : « profession médicale, d’auxiliaire médical ou de pharmacien » ;

II. – En conséquence, procéder à la même substitution dans l’ensemble de l’article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires est conçue pour regrouper des structures de premier recours. Or le terme professions de santé revêt une acception très large. La formulation « profession médicale, d’auxiliaire médical ou de pharmacien » est plus précise et couvre l’ensemble du champ. Il s’agit en outre d’intégrer les pharmaciens aux professionnels autorisés à participer aux activités de la structure.

AS	214	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

« Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral peuvent également être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre aux professionnels de santé membres de sociétés civiles professionnelles (SCP), ou de sociétés d'exercice libéral (SEL) de s'associer à titre individuel à une société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Cette disposition permettra de ne pas exclure du dispositif des nouveaux modes de rémunération les professionnels de santé qui ont choisi d'exercer par ailleurs en société.

AS	215	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

À l'alinéa 9, après le mot : « activité », insérer le mot :
« professionnelle ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

AS	216	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

À l'alinéa 10, substituer aux mots : « de certaines activités à finalité thérapeutique », par les mots : « d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser les activités qui pourront être exercées en commun au sein d'une SISA, à savoir les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

AS	217	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

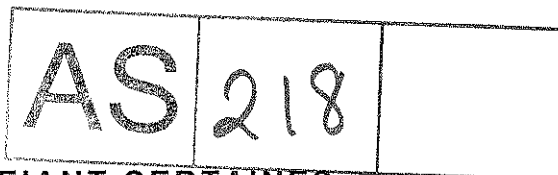
Article 1^{er}

Après l'alinéa 32, insérer l'alinéa suivant :

« Les associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires ne sont pas réputés pratiquer le compérage du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cette disposition, prévue dans la proposition initiale de loi déposée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade, écarte le raisonnement consistant à assimiler l'exercice en maison de santé à du compérage. L'objectif n'est pas d'empêcher les recours pour compérage contre des professionnels exerçant en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) mais d'éviter que la pratique des SISA en relève systématiquement.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

Substituer aux alinéas 26, 27 et 28 les deux alinéas suivants :

« Art. L. 4042-2. – Chaque associé en exercice au sein de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires répond des actes professionnels qu’il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société dans les conditions prévues par les articles L. 1142-1 à L. 1142-2.

Les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le régime de responsabilité proposé pour la SISA est calqué sur celui de la société d’exercice libéral ou de la société d’exercice professionnel. Pour la part des actes exercés en commun, chaque associé répond sur l’ensemble de son patrimoine des actes professionnels qu’il accomplit. La société est également solidairement responsable avec lui. Pour les autres activités, la responsabilité individuelle s’applique.

Les professionnels se déclarent inquiets, en particulier les auxiliaires médicaux, qui ne veulent pas porter le poids d’une telle responsabilité.

Il est donc proposé d’appliquer à tous les actes professionnels exercés en SISA le régime de responsabilité individuelle prévu par le code de la santé publique. Les associés seront couverts par une assurance de responsabilité civile professionnelle.

AS	219	
----	-----	--

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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

À l'alinéa 33, substituer aux mots : « sauf disposition contraire des statuts », les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 4041-4 »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à assurer la cohérence du régime juridique des SISA. Le décès, l'incapacité, ou le retrait d'un associé n'entraîneront pas la dissolution de la société, sauf si le seuil minimum de deux médecins et un auxiliaire médical n'est plus respecté, ou que les statuts le prévoient explicitement.



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

Amendement présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article additionnel après l'article 21

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

I. Il est créé, à compter du 1er janvier 2013, un dispositif de mutualisation, entre les organismes assureurs, des risques encourus par les professions de santé exerçant à titre libéral et mentionnées à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, au titre de leur responsabilité civile professionnelle, pour les sinistres dont le montant excède un plancher et ne dépasse pas un plafond, fixés par décret. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

II. - Après l'article 45 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée, il est inséré un article 45-2 ainsi rédigé :

« *Art. 45-2.* - Sans préjudice des dispositions des articles L. 28 à L. 30 du code des pensions civiles et militaires de retraite, des articles L. 9 à L. 15 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, de l'article L. 752-6 du code rural et de l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique applicable à tout régime d'indemnisation intégrale au titre de la responsabilité civile est fixé par décret. »

III. - Le décret prévu à l'article 45-2 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée est publié au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi.

IV. - Une commission *ad hoc* est chargée de contribuer à :

- élaborer le barème médical unique visé à l'article 45-2 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée ;

- élaborer et mettre à jour la base de données en matière de réparation du dommage corporel visée à l'article L. 211-23 du code des assurances ;

- établir la nomenclature des postes de préjudice en matière de dommage corporel visée à l'article 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée, d'en proposer la publication au ministre chargé de la justice et de proposer sa révision ;

- élaborer et actualiser la table de conversion prévue par l'article 44 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée ;

- définir des missions types d'expertise médicale ;

- dresser chaque année un bilan annuel de l'application de la présente loi.

Cette commission comprend notamment des médecins ayant des compétences en réparation du dommage corporel et exerçant les fonctions d'expert judiciaire, assistant des victimes ou prêtant habituellement leur concours à des assureurs, deux parlementaires, des représentants des ministres concernés, des représentants des associations de victimes agréées et un conseiller d'État ou un conseiller à la Cour de cassation. Un décret en Conseil d'État fixe la liste des membres, leurs modalités de désignation et les principes de fonctionnement de la commission

V. Après la dernière occurrence de la référence : « L. 1142-2 », la fin de l'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « sans que l'office puisse se retourner contre le professionnel ».

VI. Les pertes de recettes pour l'ONIAM sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 535 et 575 A du code général des impôts

EXPOSE SOMMAIRE

Le présent amendement entend apporter un certain nombre de réponses aux légitimes inquiétudes des professionnels de santé concernant leur responsabilité civile. Il s'agit d'une première mise en œuvre du rapport Johannet publié en février dernier qui fait très largement consensus.

Le I de l'amendement met en place un pool destiné à réunir tous les assureurs actifs sur le champ de la responsabilité civile médicale afin de réduire les « trous de garantie » conformément à la recommandation n°2 du rapport.

Les II, III et IV reprennent les dispositions de la proposition de loi n°2055 de notre collègue Guy Lefrand adoptée l'an dernier relatives à

l'instauration d'un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique qui constituent la recommandation n°8 du rapport Johannet.

Enfin, le V soulève le problème de l'action récursoire de l'ONIAM à l'encontre des professionnels de santé : cette possibilité fait peser sur ces praticiens une épée de Damoclès qui est très mal vécue puisque c'est potentiellement l'intégralité de leur patrimoine qui peut être récupéré. Le V propose une solution certes excessive dans la mesure où la possibilité d'une action récursoire est supprimée mais il est nécessaire d'ici la séance publique de trouver une solution satisfaisante pour tout le monde.