

Document  
mis en distribution  
le 7 avril 1999

N° 1518

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 31 mars 1999.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES<sup>(1)</sup>  
SUR LE PROJET DE LOI ( n° 1419) *portant création d'une couverture maladie universelle,*

TOME II

**TITRE IV : MODERNISATION SANITAIRE ET SOCIALE**

PAR M. Alfred RECOURS,

Député.

---

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

**Assurance maladie-maternité : généralités.**

*La commission des affaires culturelles, familiales et sociales est composée de :* M. Jean Le Garrec, *président* ; MM. René Couanau, Jean-Michel Dubernard, Jean-Paul Durieux, Maxime Gremetz, *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegorzulka, MM. Denis Jacquat, Noël Mamère, Patrice Martin-Lalande, *secrétaires* ; MM. Yvon Abiven, Bernard Accoyer, Mme Sylvie Andrieux, MM. André Aschieri, Gautier Audinot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, MM. Jean-Paul Bacquet, Jean-Pierre Baeumler, Pierre-Christophe Baguet, Jean Bardet, Jean-Claude Bateux, Jean-Claude Beauchaud, Mmes Huguette Bello, Yvette Benayoun-Nakache, MM. Patrick Bloche, Alain Bocquet, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Jean-Claude Boulard, Bruno Bourg-Broc, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Paul Bret, Victor Brial, Yves Bur, Vincent Burrioni, Alain Calmat, Pierre Carassus, Roland Carraz, Mmes Véronique Carrion-Bastok, Odette Casanova, MM. Jean-Charles Cavaillé, Bernard Charles, Jean-Marc Chavanne, Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Georges Colombier, François Cornut-Gentille, Mme Martine David, MM. Bernard Davoine, Lucien Degauchy, Marcel Dehoux, Jean Delobel, Jean-Jacques Denis, Dominique Dord, Mme Brigitte Douay, MM. Guy Drut, Nicolas Dupont-Aignan, Yves Durand, René Dutin, Christian Estrosi, Claude Evin, Jean Falala, Jean-Pierre Foucher, Jean-Louis Fousseret, Michel Françaix, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Germain Gengenwin, Mmes Catherine Génisson, Dominique Gillot, MM. Jean-Pierre Giran, Michel Giraud, Gaëtan Gorce, François Goulard, Jean-Claude Guibal, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Francis Hammel, Mme Cécile Helle, MM. Pierre Hellier, Michel Herbillon, Guy Hermier, Mmes Françoise Imbert, Mugette Jacquaint, MM. Maurice Janetti, Serge Janquin, Armand Jung, Bertrand Kern, Christian Kert, Jacques Kossowski, Mme Conchita Lacuey, MM. Jacques Lafleur, Robert Lamy, Edouard Landrain, Pierre Lasbordes, Mme Jacqueline Lazard, MM. Michel Lefait, Maurice Leroy, Patrick Leroy, Maurice Ligot, Gérard Lindeperg, Patrick Malavieille, Mmes Gilberte Marin-Moskovitz, Jacqueline Mathieu-Obadia, MM. Didier Mathus, Jean-François Mattei, Mme Hélène Mignon, **MM. Jean-Claude Mignon, Pierre Morange, Hervé Morin, Renaud Muselier, Philippe Nauche, Henri Nayrou, Alain Néri, Yves Nicolin, Bernard Outin, Dominique Paillé, Michel Pajon, Mme Geneviève Perrin-Gaillard, MM. Bernard Perrut, Pierre Petit, Mme Catherine Picard, MM. Jean Pontier, Jean-Luc Prétel, Alfred Recours, Gilles de Robien, Mme Chantal Robin-Rodrigo, MM. François Rochebloine, Marcel Rogemont, Yves Rome, José Rossi, Jean Rouger, Rudy Salles, André Schneider, Bernard Schreiner, Patrick Sève, Michel Tamaya, Pascal Terrasse, Gérard Terrier, Mmes Marisol Touraine, Odette Trupin, MM. Anicet Turinay, Jean Ueberschlag, Jean Valleix, Philippe Vuilque, Jean-Jacques Weber, Mme Marie-Jo Zimmermann.**

TM \o "1-6" \t "Titre 7;6;Titre 8;7;Titre 9;7;Titre 10;8;Titre 11;8;Titre 2bis;2;Titre 12;9;Titre 13;9;Titre14;8" introduction 5

travaux de la commission 7

I.- discussion générale 7

II.- examen des articles 9

titre iv - Modernisation sanitaire et sociale 9

Article 32 (article L. 355-23 du code de la santé publique) : Réforme des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH 9

Article 33 (articles L. 161-31 et L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale) : Définition du volet de santé de la carte d'assurance maladie 13

Article 34 (articles L. 474-2, L. 474-3 et L. 447-1 (nouveaux) du code de la santé publique) : Statut des infirmiers de secteur psychiatrique 23

Après l'article 34 27

Article additionnel après l'article 34 (article L. 474 du code de la santé publique) : Certification de compétence des aides opératoires 27

Article additionnel après l'article 34 : Frais de mission des infirmiers psychiatriques 28

Article 35 (articles L. 162-16-1 à L. 162-16-3 nouveaux, L. 161-34, L. 161-36 nouveau, L. 162-33, et L. 625 du code de la sécurité sociale) : Convention entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie 29

Article 36 : Validation des conventions médicales nationales annulées par le Conseil d'Etat 35

Article 37 : Traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soin et de prévention 40

Article additionnel après l'article 37 : Médecins titulaires de diplômes extra-européens 45

Article additionnel après l'article 37 (article L. 116-1 nouveau de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986) : Action sociale au bénéfice de la fonction publique hospitalière 47

Article additionnel après l'article 37 (article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986) : Congé de formation professionnelle dans la fonction publique hospitalière 48

Article additionnel après l'article 37 (article L. 713-15 du code de la santé publique) : Régime juridique des groupements de coopération sanitaire 49

**Article additionnel après l'article 37 (article L. 713-15 du code de la santé publique) : Adhésion des établissements médico-sociaux aux syndicats interhospitaliers 49**

Article additionnel après l'article 37 (article L. 713-5 du code de la santé publique) : Régime juridique des syndicats interhospitaliers 50

Article additionnel après l'article 37 (article L. 712-12-1 du code de la santé publique) : Transfert de clinique privée 50

Article additionnel après l'article 37 (article L. 710-8 nouveau du code de la santé publique) : Création d'un groupement d'intérêt public pour la modernisation du système d'information hospitalier 51

Article additionnel après l'article 37 (article L. 714-32 nouveau du code de la santé publique) : Honoraires des praticiens exerçant une activité libérale 52

Article additionnel après l'article 37 (articles L. 714-1, L. 714-12, L. 714-4, L. 774-16 et L. 714-18 du code de la santé publique) : Création des établissements publics de santé interhospitaliers 53

Article additionnel après l'article 37 (article L. 713-11-3 nouveau du code de la santé publique) : Création des fédérations médicales interhospitalières 53

tableau comparatif 57

Amendements non adoptés par le commission 89

## INTRODUCTION

Le Gouvernement a décidé d'introduire, au sein du projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle, quelques mesures urgentes de nature sanitaire et sociale.

Elles font l'objet d'un titre particulier, le titre IV intitulé « Modernisation sanitaire et sociale », qui comprend six articles. Le dernier titre du texte, le titre V, est quant à lui commun aux dispositions relatives à la couverture maladie universelle et à celles du titre IV, puisqu'il fixe leurs dates d'entrée en vigueur respectives. S'agissant des articles du titre IV, ceux-ci doivent entrer en vigueur dès la publication de la présente loi, ce qui est la règle de droit commun.

Les six articles du titre IV constituent en quelque sorte un « mini-DMOS », à savoir un texte portant diverses mesures d'ordre social. Il ne faut donc pas chercher une quelconque logique entre les différentes dispositions concernées. Chacune fera l'objet d'un commentaire d'article détaillé. On les présentera brièvement ici, afin de fixer le cadre de la discussion.

L'article 32 réforme les consultations de dépistage anonyme et gratuit, afin de renforcer la prévention contre certaines maladies transmissibles et notamment le SIDA et les hépatites virales.

Deux articles concernent la protection des données personnelles en matière de santé au regard du respect de la liberté individuelle des patients. L'article 33 définit les modalités de protection du volet de santé de la carte électronique d'assurance maladie et l'article 37 précise les modalités de transmission et de traitement des données hospitalières.

Deux articles modifient le régime d'exercice de la profession de deux catégories de professionnels de santé. L'article 34 concerne les infirmiers du secteur psychiatrique, dont les règles de formation n'étaient pas conformes aux directives communautaires, et l'article 35 les pharmaciens d'officine (régime conventionnel et régime de la vignette).

Enfin, ce « mini-DMOS » n'en serait pas un s'il ne comportait une disposition traditionnelle de ce type de texte, à savoir une mesure de validation législative. Ainsi, l'article 36 valide les deux conventions médicales de 1997 annulées par le Conseil d'Etat en juillet 1998. La convention médicale de 1998 doit également être validée, à titre préventif.

Tout en restant dans le cadre limitatif du titre IV du projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle, **il apparaît indispensable au rapporteur de compléter ces six articles par quelques mesures supplémentaires de modernisation sanitaire et sociale.** Ainsi, les médecins à diplôme étranger hors CEE sont en droit de bénéficier enfin d'un véritable statut. Dans le secteur hospitalier, il importe de conférer la qualité d'établissement public de santé aux syndicats interhospitaliers, d'étendre les moyens de gestion des œuvres sociales et de consolider **les règles de la formation** professionnelle des personnels.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I.- discussion générale

La commission a examiné le titre IV du projet de loi - Modernisation sanitaire et sociale - au cours de ses réunions du mercredi 31 mars 1999.

M. Alfred Recours, rapporteur pour le titre IV, a indiqué que cette partie n'était pas un projet portant diverses mesures d'ordre social (DMOS) mais ne comprenait que des dispositions relatives à la santé et qu'il convenait de respecter cette cohérence. En effet, l'encombrement de l'ordre du jour a fait obstacle au dépôt d'un DMOS mais certaines questions urgentes peuvent, en attendant, être traitées dans le cadre du projet de loi sur la CMU.

M. Jean-François Mattéi a indiqué qu'il voulait solennellement mettre en évidence la situation impossible à laquelle étaient confrontés les parlementaires, tenus de se prononcer par un même vote à la fois sur ces diverses dispositions et sur la CMU **alors que ces deux éléments n'ont aucun lien et peuvent donner lieu à des appréciations totalement contraires.** La désignation de deux rapporteurs différents témoigne d'ailleurs de l'existence de deux ensembles nettement distincts. Le débat va donc s'engager **sur une base qui n'est pas saine** puisque le projet de loi procède à un amalgame scandaleux. L'Assemblée nationale étant de toute manière amenée à passer de longs moments sur les articles du titre IV, il n'y aura qu'une économie de temps dérisoire. Il ne peut donc être soutenu que le Gouvernement ne pouvait pas présenter deux projets distincts. Il s'agit en réalité d'une volonté manifeste du Gouvernement d'empêcher un débat clair sur la CMU.

M. Pierre Hellier a lui aussi jugé que la CMU, d'une part, et les problèmes **divers, d'autre part, tels que** la validation de la convention médicale annulée par le Conseil d'Etat ou les aides opératoires, méritaient bien deux débats distincts et deux votes.

M. Jean-Luc Prél a estimé que seuls les articles 32 relatif au dépistage du sida et 33 concernant la carte Vitale **2 pouvaient être considérés** comme liés au problème de la CMU. En revanche, l'adjonction des autres dispositions dans ce texte va ouvrir une boîte de Pandore et le projet, partant de 38 articles, risque de doubler de volume. Il aurait été beaucoup plus convenable de se contenter d'un **débat sur la seule CMU**, l'importance de ce sujet justifiant qu'on n'y ajoute pas des dispositions sans rapport avec celui-ci.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia s'est également élevée contre la procédure choisie par le **Gouvernement qui aboutit à un amalgame nocif** pour le débat parlementaire et pour la CMU elle-même. Il aurait été nettement préférable de déposer un texte distinct portant diverses mesures d'ordre social.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que le groupe communiste regrettait la jonction des deux volets bien différents. La solution retenue par le Gouvernement va brouiller le débat sur la CMU. Le groupe communiste souhaite que des votes séparés puissent être émis sur chacun des deux volets.

M. Edouard Landrain a estimé qu'il y avait un consensus au sein de la commission pour regretter le mélange inadmissible des dispositions et a souhaité que le titre IV soit disjoint des articles concernant la CMU.

Le président Jean Le Garrec a indiqué qu'il avait lui-même fait part au Gouvernement de sa **réticence à l'égard** du procédé consistant à joindre à la CMU des dispositions sans rapport avec elle mais qu'il avait dû admettre que cette jonction était inévitable, compte tenu de l'impossibilité d'inscrire un projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale d'ici la fin de la session et de la nécessité de régler sans tarder certains problèmes importants.

La nomination de deux rapporteurs et l'examen en premier du titre IV a **pour objet de clarifier le débat**. Quant à la proposition de faire deux votes distincts, elle est intéressante mais tout à fait impossible à mettre en œuvre, le vote final sur un **texte portant sur l'ensemble des articles**.

Le rapporteur a estimé que les problèmes de gestion de l'ordre du jour relevaient du Gouvernement, qui en a l'entière maîtrise et a exprimé son accord personnel sur le principe d'un vote séparé.

## II.- examen des articles

### **La commission est ensuite passée à l'examen des articles du titre IV.**

titre iv

Modernisation sanitaire et sociale

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Accoyer tendant à intituler le titre IV : « Diverses mesures d'ordre sanitaire et social ».

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia a contesté le terme de « modernisation » qu'elle a jugé impropre dans le cadre d'un texte concernant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.

Le rapporteur a fait valoir que ce mot indiquait bien la ligne directrice de cet ensemble de mesures.

La **commission a rejeté** un sous-amendement de M. Jean-Luc Préel supprimant les mots « et social », un sous-amendement de M. Edouard Landrain remplaçant le mot « mesures » par le mot « modernisations » ainsi que l'amendement.

Article 32

(article L. 355-23 du code de la santé publique)

*Réforme des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH*

Cet article a pour objet de réformer les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH instaurées par l'article 29 de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987. Le présent article modifie donc l'article L. 355-23 du code de la santé publique, introduit par la loi précitée qui constitue le texte de base des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

· Le premier alinéa du nouvel article L. 355-23 étend les missions des CDAG. En plus des missions de prévention, de dépistage et de diagnostic de l'infection par le virus de l'immuno-déficiencia humaine prévues en 1987, est introduite une mission d'« accompagnement dans la recherche de soins appropriés ».

La création des CDAG répondait à un triple objectif : compléter le dispositif de lutte contre le SIDA, atteindre une population plus large par l'anonymat et la gratuité et prendre en charge de façon précoce les personnes séropositives.

Ces consultations sont venues compléter en amont les consultations des établissements hospitaliers organisées en application de la circulaire conjointe de la direction des hôpitaux et de la direction générale de la santé du 26 juillet 1985, afin de permettre l'accueil et le suivi des patients porteurs d'anticorps anti-VIH. Les mesures d'application de l'article L. 355-23 figurent dans le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988. Ainsi est-il prévu que le préfet désigne, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, pour une période de deux ans, une ou plusieurs consultations hospitalières spécialisées en dermato-vénérologie ou en médecine interne d'établissements publics ou d'établissements privés participant au service public hospitalier, ou en accord avec le président du conseil général, un ou plusieurs dispensaires chargés du

traitement des maladies vénériennes. Une circulaire du 29 janvier 1991 a donné aux CDAG la possibilité d'intervenir dans les établissements pénitentiaires. Le décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 modifiant le décret du 18 janvier 1988 a ouvert de nouvelles consultations gratuites et anonymes dans certaines structures existantes telles que les consultations prénuptiales, prénatales et postnatales organisées par les services départementaux de protection maternelle et infantile. Enfin, par décret n° 98-74 du 11 février 1998, le Gouvernement a décidé de faire bénéficier, si le médecin le juge nécessaire, toute personne se présentant à un CDAG, d'un dépistage précoce par l'intermédiaire d'un test d'antigénémie P24 (jusqu'alors ce test n'était proposé que dans certains CDAG bénéficiant d'un financement particulier du Conseil général).

Ces structures ont connu un succès indéniable en termes quantitatifs. En 1997, on comptait 258 CDAG au sein desquels ont été pratiqués 251 995 tests du VIH dont 1 231 se sont révélés positifs, soit un taux de 5 pour 1000. 266 945 personnes s'y sont rendues. Le cadre de gratuité et d'anonymat est particulièrement nécessaire à des personnes pour lesquelles les conditions socio-économiques et culturelles accroissent d'une part la vulnérabilité au risque et d'autre part rendent plus difficile l'accès à la *prévention, au dépistage et aux soins*. Il s'agit essentiellement des populations précarisées, des jeunes, des usagers de drogue ou des migrants. Ainsi, les consultations réalisent 5 % des tests réalisés annuellement et dépistent environ 30 % des séropositivités découvertes chaque année, témoignant du fait qu'elles drainent des populations particulièrement concernées.

Mais, si le succès du dépistage précoce est réel, l'orientation des patients vers des traitements efficaces a été négligée par les CDAG qui se sont trop cantonnés à un rôle d'« usines à tests ». Le **présent article**, dans son premier alinéa, a donc pour objet de remédier à cette insuffisance *en ajoutant au texte de 1987 une mission d'« accompagnement dans la recherche de soins appropriés »*.

Certains centres remplissent déjà cette fonction essentielle d'orientation des patients. Par exemple, grâce à leur intégration dans des centres médico-sociaux de la mairie de Paris, les centres Figuier, Ridder et Belleville sont en mesure d'orienter les personnes en situation *de précarité vers des consultations de diagnostic permettant un début de prise en charge globale*. Cette nouvelle disposition prévue par le présent article permettra d'étendre ces pratiques sur l'ensemble du territoire national.

· Le deuxième alinéa du *nouvel article L. 355-23* prévoit que ces consultations pourront également « participer à la lutte contre d'autres maladies transmissibles et notamment les hépatites virales ».

Cette nouvelle disposition vise à instaurer une prise en charge globale des maladies transmissibles. La circulaire n° DGS/DH/DSS/98/423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit soulignait déjà la nécessité de « favoriser, dans les consultations, la prise en compte globale des besoins de santé de la personne et non plus seulement d'une pathologie, seule attitude cohérente au regard des problèmes de personnes vulnérables ».

L'accent est mis cependant sur les « hépatites virales ». Cette disposition législative s'inscrit dans le programme national de lutte contre l'hépatite C lancé en janvier 1999 par le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale. En effet, l'hépatite est un problème majeur de santé publique ; selon les estimations du réseau opérationnel de santé publique, 500 000 à 600 000 personnes présenteraient une hépatite C chronique, soit environ 1 % de la population. Ce plan de lutte vise, d'une part qu'au moins 80 % des personnes relevant de la thérapeutique antivirale soient sous traitement d'ici l'an 2002 et, d'autre part qu'au moins 75 % des patients porteurs du virus soient au courant de leur statut sérologique en 2002.

*La réforme des CDAG répond à ce second objectif. L'intensification du dépistage est absolument nécessaire dans la mesure où seulement la moitié (entre 40 % et 50 % selon des études régionales) des porteurs du virus se savent infectés. Or, l'évolution morbide de l'affection vers une cirrhose hépatique (20 % des cas) ou un cancer du foie peut être efficacement freinée grâce à l'administration d'associations de médicaments antiviraux. Plus l'infection est traitée de manière précoce, moins le risque est important d'une évolution vers la chronicité. Ce dépistage importe d'autant plus qu'on estime aujourd'hui à 200 000 sur les 600 000 personnes infectées les malades susceptibles de bénéficier des progrès thérapeutiques (par exemple, la bi-thérapie interféron-rébamvirine).*

La vocation des CDAG à s'adresser à des publics précarisés correspond aux publics susceptibles d'être contaminés par l'hépatite C. En effet, le dépistage systématique a permis de réduire considérablement le risque d'hépatite posttransfusionnelle ; c'est donc l'usage de drogues par voie intraveineuse qui est aujourd'hui le principal facteur de contamination.

**· Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 nouvellement rédigé renvoie l'application des deux précédents alinéas à un décret. Pour ce qui est de la lutte contre les maladies transmissibles, les modalités de mise en place seront calquées sur celles existant pour le dépistage du SIDA, que ce soit en termes de création des consultations ou de répartition des dépenses entre l'assurance maladie et l'Etat.**

Le décret n° 88-67 du 18 janvier 1988 avait précisé que l'Etat assurait 30 % des dépenses des centres et l'assurance maladie 70 %. Le décret n° 92-697 du 17 juillet 1992 a modifié cette clé de répartition de la prise en charge ; l'Etat assure dorénavant 15 % des dépenses et l'assurance maladie 85 %. Actuellement, le coût global du dispositif est de 157 millions de francs. Les dépenses de l'Etat se répartissent entre l'aide médicale départementale et le budget de l'Etat. L'extension de l'activité des CDAG dans le cadre du plan national de lutte contre l'hépatite C a déjà une traduction budgétaire puisque dans la loi de finances pour 1999, le chapitre 47-18 consacré à la lutte contre les maladies transmissibles comporte une mesure nouvelle de 16 millions de francs, au sein desquels 3 millions sont affectés au dépistage et **donc aux CDAG** (7,4 millions sont affectés aux réseaux de soins, 2,6 millions à la prévention et 3 millions à l'évolution épidémiologique).

L'étude d'impact indique que le coût global des CDAG pour l'année 2000 sera de 215 millions de francs. Le surcoût par rapport à la situation actuelle est évalué à 50 millions de francs pour les pratiques nouvelles (diagnostics précoces, accompagnement vers les soins...) et 12 millions pour le dépistage de l'hépatite C, c'est-à-dire un transfert de charge de la médecine de ville vers le dispositif spécifique des CDAG.

\*

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Accoyer visant à préciser les missions des consultations de dépistage anonyme et gratuit.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement **dans la mesure où il ne fait pas référence** au rôle du préfet.

La commission a rejeté cet amendement puis a adopté l'article 32 sans modification.

(articles L. 161-31 et L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale)

## Définition du volet de santé de la carte d'assurance maladie

Cet article définit les conditions d'utilisation du volet de santé devant figurer sur la carte d'assurance maladie de seconde génération, Vitale 2. L'intervention rapide du législateur en la matière est nécessaire compte tenu de l'annulation par le Conseil d'Etat des dispositions correspondantes figurant dans l'ordonnance n° 96-345 du 27 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

### 1. Le développement du projet Sésam -Vitale

Dès 1977, la CNAM, préoccupée par la croissance forte du nombre de feuilles de soins à saisir, s'est intéressée aux cartes à microprocesseur dans le but d'introduire la saisie directe des informations à la source par les professionnels de santé et de leur faire télétransmettre des flux aux centres de traitement informatique des caisses primaires. Une réflexion informatique est engagée jusqu'en 1986 et débouche sur des expérimentations « de laboratoire », concernant cinq CPAM de 1986 à 1989.

A partir du bilan tiré de ces premières expériences est élaboré en 1990 un schéma directeur Sésam-Vitale commun aux trois caisses nationales (CNAM, CANAM et MSA), sur la base du concept alors nouveau de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Des expérimentations « de masse » sont programmées pour 1992, mais elles ont pris un certain retard par manque de plan stratégique et de coordination.

Le groupement d'intérêt économique (GIE) Sésam-Vitale, associant les régimes d'assurance maladie de base, des mutuelles, des régimes spéciaux et le Centre national des professionnels de santé, a été constitué le 3 février 1993 en vue de se voir confier la maîtrise d'œuvre du développement de la carte Vitale, la maîtrise d'ouvrage demeurant de la responsabilité de la CNAM. Parallèlement, a été créé le 5 février 1993, sur une initiative de l'Etat, le groupement d'intérêt public (GIP) chargé de concevoir, d'émettre et de gérer la carte des professionnels de santé (CPS) en associant les ministères concernés, les régimes d'assurance maladie de base et complémentaires, les ordres professionnels et des organismes d'utilisateurs. Le GIP a mis en place un certain nombre de « sites de qualification terrain » en vue de tester les équipements informatiques conçus pour identifier et authentifier les médecins.

L'architecture globale du système se compose donc de la carte Vitale pour les assurés sociaux, du dispositif Sésam pour les caisses et de la carte CPS pour les praticiens. La liaison informatique entre ces sous-systèmes est réalisée au travers d'un Intranet de la santé, le Réseau santé-social (RSS) concédé à Cegetel, qui offre également un certain nombre de services médicaux interactifs sur le modèle du réseau Internet.

Au plan juridique, des délais impératifs ont été fixés par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Au 31 décembre 1998, tout professionnel de santé devait disposer de sa carte CPS et tout assuré social de sa carte Vitale. Au 1er janvier 2000, la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE) est rendue obligatoire sous peine de facturation des transmissions papier.

La CNAM a donc dû mettre en place un plan de déploiement accéléré

pour rattraper les retards accumulés, tant en ce qui concerne l'équipement informatique des professionnels de santé que pour la distribution des cartes. La diffusion de la carte CPS est en cours depuis le printemps 1998 et la généralisation de la carte Vitale de première génération (Vitale 1), prévue pour débiter à la mi-1997 mais repoussée à avril 1998 pour des raisons techniques et réglementaires, doit s'échelonner jusqu'au printemps 1999.

En février 1999, 28 millions de cartes Vitale 1 ont été distribuées aux assurés (hors Ile-de-France et DOM) et 25 000 professionnels de santé sont détenteurs de leur carte CPS. 70 logiciels médicaux ont été agréés, ce qui devrait faciliter la montée en charge du réseau santé-social (RSS) qui compte 1 610 abonnés. Parmi ceux-ci, 626 médecins ont déjà télétransmis 225 000 feuilles de soins électroniques (FSE) pour le compte de leurs patients vers les caisses d'assurance maladie.

**La carte Vitale 1, carte familiale contenant les seules informations administratives** de la carte papier d'assuré social, n'est qu'une version provisoire de la carte d'assurance maladie. Celle-ci doit en effet également comporter, sous la forme Vitale 2 d'une carte individuelle, un volet d'informations médicales défini par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 précitée. Il s'agit en effet d'un élément essentiel du dispositif de maîtrise des dépenses de santé et d'amélioration de la prise en charge des patients, dans la mesure où il doit permettre de favoriser une coordination des soins et d'éviter les examens redondants. La carte Vitale 2 devrait être distribuée à partir du premier semestre 2000.

2. L'annulation par le Conseil d'Etat des dispositions relatives à la carte Vitale 2

Statuant au contentieux sur la légalité de l'arrêté interministériel du 28 mars 1997 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes, le Conseil d'Etat a considéré, dans un arrêt d'assemblée du 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Ain, que les dispositions de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 précitée définissant les conditions de mise en œuvre de la carte Vitale 2 étaient illégales. Le Conseil a soulevé l'exception d'illégalité de l'ordonnance qui, n'ayant pas été ratifiée par le Parlement, demeure un acte administratif susceptible de recours pour excès de pouvoir.

*En vertu de l'article 38 de la Constitution, le gouvernement avait été habilité à intervenir dans le domaine législatif.* Il devait donc exercer pleinement sa compétence au regard de l'article 34 de la Constitution, qui réserve à la loi la fixation des règles concernant les droits civiques et les garanties fondamentale accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques. Il ne pouvait de ce fait se borner à renvoyer à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer les modalités de mise en œuvre de la carte Vitale 2. En effet, il revient notamment à la loi de définir, selon le conseil d'Etat, « le mode de consentement du patient à l'enregistrement des données le concernant, le délai pendant lequel les informations doivent demeurer sur le volet de santé et la possibilité d'en obtenir **la suppression** ». **Le juge administratif a ainsi appliqué à l'ordonnance en cause la jurisprudence du Conseil constitutionnel sur l'incompétence négative du législateur.**

Il est clair que les dispositions relatives au volet de santé de la carte d'assurance maladie, du fait de la nature des informations susceptibles d'y figurer, touchent au respect de la vie privée et, par suite, peuvent porter atteinte à la liberté individuelle qui constitue une liberté publique constitutionnellement garantie. Le Parlement doit donc légiférer pour donner une base légale, sûre et incontestable

au regard des principes constitutionnels, en définissant précisément les modalités de mise en œuvre de la carte Vitale 2.

### 3. Analyse du dispositif de l'article

Le I de l'article 33 du présent projet de loi propose une nouvelle rédaction du II de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, qui a été jugé illégal par le Conseil d'Etat dans sa rédaction issue de l'article 8 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 précitée.

Alors que le premier paragraphe de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale prévoit que les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle interrégimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie, le nouveau texte du deuxième paragraphe de cet article indique que la carte Vitale comporte un volet d'informations médicales, dénommé volet de santé. Il est renvoyé à l'article L. 162-1-6 pour la définition précise des modalités d'utilisation de ce volet de santé.

Le volet de santé sera lui-même subdivisé en deux parties, l'une destinée à recevoir les informations nécessaires aux interventions urgentes (groupe sanguin, allergies, vaccinations, affections chroniques, médicaments) et l'autre permettant de faciliter la continuité et la coordination des soins, par l'intermédiaire de pointeurs renvoyant aux informations stockées hors de la carte sur l'ordinateur d'un professionnel de santé. Un pointeur peut être défini comme la mention de tel problème d'ordre médical précisément désigné, associée à l'adresse électronique du professionnel de santé qui a déjà traité le patient à ce sujet. Il sera ainsi possible à un médecin d'obtenir auprès d'un confrère, en passant par le réseau santé social qui est sécurisé, des informations complémentaires sur tel traitement précédemment réalisé ou sur telle pathologie déjà détectée. On peut rappeler que la mission d'information sur l'informatisation du système de santé avait ainsi proposé que le volet de santé de la carte Vitale 2 ne soit pas un dossier médical portable mais se limite aux informations permettant de traiter l'urgence ou mettant en péril la vie du patient ainsi qu'à des pointeurs, c'est-à-dire des clés d'accès aux éléments du dossier médical conservé par divers praticiens, laboratoires ou établissements.

Le II de l'article 33 du présent projet de loi propose une nouvelle rédaction de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale. Dans sa rédaction actuelle issue de l'article 7 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 précitée, cet article indique que le carnet de santé papier peut être porté sur le volet de santé de la carte Vitale. Il est désormais fait référence de manière autonome au volet de santé de la carte et les garanties pour son utilisation sont très sensiblement renforcées, dans le sens souhaité par le Conseil d'Etat.

Le I de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale détermine les conditions dans lesquelles les informations médicales sont inscrites sur le volet de santé. Celles-ci le sont exclusivement par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité à cet effet. Le consentement du titulaire de la carte est également exigé. Celui-ci est exprimé directement par le titulaire de la carte s'il s'agit d'un majeur non placé sous un régime de tutelle, et par les parents ou le tuteur s'il s'agit d'un mineur. S'agissant des majeurs sous tutelle, dont le code civil ne prévoit pas la possibilité d'une substitution du consentement par le représentant légal, l'inscription des informations relève de la seule responsabilité du médecin. On notera qu'il n'est cependant pas possible techniquement de conserver une trace du consentement pour chaque information inscrite sur le volet de santé, compte tenu de la capacité de mémoire limitée de la carte Vitale 2.

Il est prévu que le titulaire de la carte peut conditionner l'accès à une partie des informations médicales y figurant à la frappe d'un code secret personnel qu'il aura lui-même choisi. Ce verrou facultatif évite les inconvénients des codes secrets systématiques (par exemple pour les enfants de familles nombreuses), tout en laissant à chacun la faculté de préserver la confidentialité d'informations qu'il ne souhaite pas divulguer, même à des professionnels de santé.

Le premier alinéa du II de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale précise les modalités de consultation par le titulaire de la carte des données figurant sur le volet de santé. Ce droit d'accès d'une personne à son propre dossier ne peut s'exercer que par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité choisi par le patient et pour les seules informations auxquelles ce professionnel a lui-même accès en vertu de son habilitation. S'agissant d'un mineur, ce droit d'accès est exercé par les parents ou le tuteur et, s'agissant d'un majeur sous tutelle, par son représentant légal. Sur le modèle du droit d'accès prévu par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'exercice du droit d'accès prévu ici comprend également un droit de rectification des informations figurant sur le volet de santé.

Le choix d'un droit d'accès indirect, par l'intermédiaire d'un médecin, peut se justifier à la fois par des considérations techniques et pour des raisons de sécurité. Un accès direct nécessiterait l'installation de nombreuses bornes publiques, protégées par une carte CPS, pour la consultation. Un code secret devrait sans doute également être généré pour chaque carte, comme pour les cartes bancaires, afin de préserver la confidentialité des informations au regard des tiers. A l'inverse, le passage obligé par le professionnel de santé de son choix, qui possède un terminal informatique et doit utiliser sa propre carte CPS pour justifier son habilitation, permet de sécuriser beaucoup plus facilement la carte Vitale 2. Le médecin peut aussi fournir les explications adéquates à cette occasion.

Le deuxième alinéa du II de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale précise quant à lui les modalités d'expression du consentement, prévu par le deuxième alinéa du I de cet article, que doit exprimer le patient pour l'inscription d'informations sur le volet de santé. Le titulaire de la carte dispose ainsi d'un droit à l'information préalable par le professionnel de santé des modifications du contenu du volet de santé auxquelles il a l'intention de procéder, d'un droit d'opposition à l'inscription de toute information médicale sur le volet de santé et d'un droit de suppression d'informations qui y auraient déjà été inscrites. On peut considérer que, dans ces conditions, il n'est en aucune manière porté atteinte à la liberté individuelle du patient.

Le III de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale indique que les professionnels de santé effectuant des remplacements et ceux qui sont en formation (internes et résidents) disposent des mêmes droits de consultation, d'inscription et d'effacement des informations sur le volet de santé de la carte Vitale 2 que les professionnels de santé qu'ils remplacent ou sous la responsabilité desquels ils sont placés.

Le IV de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale renvoie à ce décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'Ordre des médecins, la définition des autres modalités d'utilisation du volet de santé. Ce décret sera ainsi amené à préciser, dans le cadre des règles fixées par le législateur :

la nature des informations médicales figurant sur le volet de santé, en distinguant notamment entre la partie urgence et la partie continuité des soins de la carte ;

les conditions d'identification des professionnels de santé ayant inscrit des informations sur le volet de santé grâce à leur carte CPS, ce qui facilitera la communication entre différentes catégories de professionnels ;

les modalités d'habilitation des différentes catégories de professionnels de santé à consulter, inscrire ou effacer tel type d'information médicale, à l'occasion de la dispensation des soins ou de la délivrance des prestations, certaines rubriques d'information étant techniquement protégées par la carte CPS ;

les catégories d'informations dont le titulaire de la carte peut protéger l'accès par l'utilisation d'un code secret choisi par lui, afin d'exclure de cette faculté les informations figurant sur la partie urgence du volet de santé, dans un évident intérêt sanitaire et pratique ;

les informations dont il ne pourra être délivré de copie sous forme papier ou sous forme informatique au titulaire de la carte, à l'occasion de l'exercice de son droit d'accès, afin d'éviter que les patients ne puissent être contraints par des tiers (employeurs ou assureurs notamment) à communiquer des informations sensibles sur leur état de santé (par exemple, les antécédents médicaux).

Il est à noter qu'il est uniquement prévu d'identifier les professionnels de santé inscrivant des informations sur la carte et non de les authentifier. Il sera possible, par un système de pointeurs, de connaître l'adresse électronique où sont stockées les informations pertinentes précisément désignées, mais il n'y aura pas de signature de chaque acte, par impossibilité de la technique compte tenu de son état d'avancement actuel. De ce fait, il est logique que la responsabilité d'un médecin ne puisse pas être engagée pour une information médicale inscrite sur la carte, d'autant plus qu'une information inscrite peut toujours être supprimée ultérieurement à la demande du patient. Les informations médicales ont donc, pour le professionnel de santé qui les consulte, valeur d'orientation et ne l'exonèrent pas des vérifications qu'impose la bonne pratique des soins. Par ailleurs, il n'est pas fait mention de la durée de conservation des informations portées sur le volet de santé – alors que le Conseil d'Etat avait fait état de cette condition dans son appréciation de la légalité de la définition de la carte – pour des raisons techniques évidentes : la durée de vie matérielle de la carte est de trois ans et les données inscrites sont automatiquement réactualisées, la dernière remplaçant la première sur le **support informatique**. De plus, le titulaire de la carte peut obtenir à tout moment, en s'adressant à un médecin habilité, la suppression des informations précédemment inscrites.

Enfin, le V de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale prévoit, sur le modèle des sanctions pénales applicables pour le carnet de santé papier en vertu de l'article L. 162-1-2, une peine d'**un an d'emprisonnement** et de 100 000 F d'amende pour quiconque ayant obtenu ou tenté d'obtenir la communication d'informations figurant sur le volet de santé, sans y être habilité ou sans bénéficier d'un droit d'accès.

\*

La commission a examiné un amendement de suppression de cet article présenté par Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il était proposé de supprimer le volet de santé de la carte Vitale 2 en raison du caractère confidentiel des données qui y figurent *et de l'insuffisance* des garanties quant à leur *utilisation*. Cette insuffisance avait d'ailleurs été soulignée par le rapport d'information de M. Jean-Paul Bacquet sur l'informatisation du système de santé.

Le rapporteur, après avoir indiqué qu'il partageait cette inquiétude, a **observé** que la suppression de l'article 33 irait à l'encontre du but recherché puisque cela interdirait d'apporter les garanties qui font aujourd'hui défaut à la confidentialité des données. Ainsi que le Conseil d'Etat l'a indiqué, il revient au

législateur d'intervenir, en améliorant le cas échéant le texte proposé, pour assurer la protection de la liberté individuelle et de la vie privée des patients.

L'amendement a été retiré *par son* auteur.

La commission a ensuite rejeté un amendement présenté par M. Bernard Accoyer visant à ce que la **Commission des comptes** de la sécurité sociale présente un rapport annuel sur le bilan financier de la télétransmission des *feuilles* de soin, après que le rapporteur eut indiqué que le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale permettrait de satisfaire à cette préoccupation.

La commission a adopté **un amendement** de M. Marcel Rogemont précisant que le volet de santé de la carte d'assurance maladie ne devait contenir que les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins.

La commission a rejeté un amendement de M. Bernard Accoyer tendant à ce que figure sur la carte une photographie de son titulaire, le rapporteur ayant **précisé que** cette mesure était d'ordre réglementaire et avait un coût important.

La commission a adopté un amendement du rapporteur précisant que les informations sont inscrites sur le volet **de santé de** la carte Vitale 2 dans le respect de la déontologie médicale et dans l'intérêt du patient, le rapporteur ayant indiqué que cette précision permettait d'accroître les garanties du respect des droits du malade.

La commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. André Aschieri limitant aux **données relatives à** l'urgence médicale le contenu du volet de santé de la carte d'assurance maladie et ne faisant figurer pour le reste que les coordonnées des praticiens consultés par le patient.

M. André Aschieri a *indiqué* que cet amendement **avait pour objet** d'éviter *la* banalisation du caractère confidentiel des données médicales, en interdisant leur inscription sur le volet de santé.

Le rapporteur a indiqué qu'il était opposé à ce que la mention des seules coordonnées des praticiens se substitue au texte proposé par l'article 33 car le système de pointeurs n'aurait **aucune utilité** s'il n'était pas possible de savoir quelles informations médicales sont stockées chez tel professionnel de santé.

**M. Marcel Rogemont** a observé que cet amendement modifiait le sens de la notion de continuité et de coordination des soins et affaiblissait l'intérêt de disposer de données d'urgence sur la carte.

L'amendement a été retiré par son auteur.

M. André Aschieri a également retiré deux amendements de conséquence relatifs à la limitation des informations figurant sur le volet de santé de la carte.

La commission a examiné *un* amendement présenté par M. Bernard Accoyer *précisant* que le praticien fournit au patient une version écrite des informations qu'il inscrit sur la carte, son auteur ayant précisé **que cet amendement** avait un objectif de transparence et était également destiné à éviter les erreurs.

Le rapporteur a indiqué que la transparence des informations pour le patient *était* nécessaire mais devait être encadrée. Il faut notamment éviter que les

informations médicales figurant sur la carte puissent être exigées par un employeur ou un assureur. Fournir un support écrit comporterait ce risque, alors que le titulaire de la carte peut en lire le contenu **sur l'écran du** professionnel de santé.

L'amendement a été retiré par son auteur.

La commission a ensuite rejeté un amendement de M. Claude Evin permettant au patient d'accéder directement aux informations **figurant sur sa carte**, après que le rapporteur eut indiqué que cet amendement soulevait un problème de fond car il comportait des risques pour la garantie de la confidentialité des informations.

La commission a adopté un amendement du rapporteur **précisant** que les avis de la CNIL et du Conseil de l'ordre des médecins, préalables au décret en Conseil d'Etat fixant la nature et les modes de consultation des informations figurant sur le volet de santé, doivent être publics et motivés après que M. Bernard Accoyer s'y fut déclaré favorable.

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Accoyer précisant que le volet de santé mentionne toutes les prescriptions ou les actes précédemment délivrés.

M. **Bernard Accoyer** a indiqué que cette disposition permettrait une bonne information du médecin en aval et constituerait un outil dans le cadre de la maîtrise des dépenses de soins et de la responsabilisation des acteurs du système de santé.

Le rapporteur a fait *part de ses réticences face* à ce qui peut apparaître comme une restriction de la liberté individuelle. Le titulaire de la carte doit en effet avoir la possibilité de s'opposer à l'inscription de certaines informations.

La commission a rejeté cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement du rapporteur renvoyant à un arrêté interministériel la fixation de la date d'entrée en vigueur des dispositions relatives à la carte Vitale 2.

Le rapporteur *a considéré* que, compte tenu de l'état d'avancement de la distribution de la carte aux assurés et des problèmes de respect de la liberté individuelle qui se posent pour le volet de santé, il était préférable de ne pas prévoir de date d'application a priori.

*M. Bernard Accoyer a considéré qu'il s'agissait d'un amendement de bon sens. Il suffit de **se référer** aux difficultés constatées lors de la distribution du carnet de santé sous sa forme papier et de la carte Vitale 1 pour imaginer le temps nécessaire à la mise en place du volet de santé de la carte d'assurance maladie. Il est donc plus raisonnable de ne pas prévoir de délai dans la loi.*

*La commission a adopté cet amendement.*

*La commission a adopté un amendement du rapporteur harmonisant la formulation des **sanctions pénales applicables avec celles retenues par le code pénal.***

La commission a ensuite examiné un amendement de M. André Aschieri prévoyant une évaluation de la carte Vitale 2 sous forme d'un rapport présenté au Parlement trois ans après la promulgation de la présente loi.

Le rapporteur a fait observer que ce type d'évaluation figurerait dans le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Un rapport spécifique au Parlement n'est donc pas nécessaire.

La commission a rejeté cet amendement.

La commission a adopté un amendement de coordination du rapporteur supprimant la date du 31 décembre 1999 pour l'entrée en vigueur du volet de santé de la carte Vitale.

La commission a adopté l'article 33 ainsi modifié.

#### Article 34

(articles L. 474-2, L. 474-3 et L. 447-1 (nouveaux) du code de la santé publique)

##### Statut des infirmiers de secteur psychiatrique

L'article 34 a pour but de régler la situation des infirmiers psychiatriques. En effet, le droit communautaire leur interdit de recevoir automatiquement un diplôme d'Etat de soins généraux, ce qui a entraîné de nombreux conflits depuis 1994.

Le **I du présent article est** un paragraphe de coordination. Il introduit à l'article L. 474 du code de la santé publique, qui définit les conditions générales d'exercice de la profession d'infirmier, les dispositions comprises dans le II, à savoir les nouveaux articles L. 474-2 et L. 474-3, le premier créant un diplôme d'Etat d'infirmier psychiatrique, le second élargissant les lieux d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique.

Le II introduit au livre IV du code de la santé publique consacré aux « professions médicales et auxiliaires médicaux » dans le titre IV qui concerne la « profession d'infirmier ou d'infirmière » trois articles nouveaux, les articles L. 474-2, L. 474-3 et L. 477-1.

- Le nouvel article L. 474-2 du code de la santé publique prévoit l'attribution de droit d'un diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique. Cet article tire les conséquences de l'annulation par le Conseil d'Etat le 30 décembre 1996, d'un arrêté en date du 26 octobre 1994 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat infirmier (DEI) aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (DISP) aux motifs que cet arrêté méconnaissait les règles de droit communautaire.

Jusqu'en 1992, deux formations conduisant à deux diplômes différents, ont coexisté en France : le diplôme d'Etat infirmier conférant à ses titulaires une totale polyvalence d'exercice et le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique conférant à ses titulaires la possibilité de dispenser des soins dans les seuls établissements spécialisés en psychiatrie. Cette dualité a eu pour conséquence d'entretenir un clivage au sein de la profession infirmière. A la suite de travaux d'un groupe réunissant des représentants des infirmiers diplômés d'Etat et des infirmiers de secteur psychiatrique, la fusion des diplômes a été réalisée en 1992, ce qui a eu pour conséquence la disparition du diplôme de secteur psychiatrique,

la part consacrée à l'enseignement de la psychiatrie étant sensiblement accrue dans le programme conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier. Un arrêté du 30 mars 1992 a prévu la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier aux titulaires du diplôme de secteur psychiatrique à condition de valider trois mois de stage à temps complet dans des services de soins polyvalents. Cet arrêté a été modifié par un arrêté du 26 octobre 1994 permettant l'attribution de droit du diplôme d'Etat. Le Conseil d'Etat a censuré l'illégalité de cet arrêté au motif de sa non-conformité à la directive 77/453/CEE du 27 juin 1977 modifiée subordonnant la délivrance de ce diplôme à des exigences minimales de formation en soins généraux.

Le nouvel article L. 474-2 du code de la santé publique règle cette question récurrente depuis 1994 en prévoyant deux mesures complémentaires afin de concilier le respect du droit communautaire et les intérêts des infirmiers de secteur psychiatrique.

Premièrement, est créé un diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique qui sera attribué de droit aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique.

Deuxièmement, est ouverte la possibilité d'obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier après avis d'une commission régionale composée de professionnels de santé (médecins, infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers de secteur psychiatrique titulaires d'un diplôme de cadre de santé) et sur décision de « l'autorité administrative », c'est à dire du préfet de région (le représentant du ministère de la santé en région). Cette commission régionale sera chargée d'examiner pour chaque candidat, compte tenu de sa formation initiale et de son cursus professionnel le contenu de la formation complémentaire nécessaire préalablement à l'obtention du diplôme. La composition de la commission offre des garanties d'impartialité dans la mesure où chaque catégorie est représentée « en nombre égal » et que sont présents des représentants des infirmiers psychiatriques. La durée minimale de la formation complémentaire n'est pas inscrite dans la loi mais elle ne pourra être inférieure à six mois, de manière à atteindre le niveau de formation requis par les **dispositions de la directive** précitée du 27 juin 1977.

Le ministère de la santé estime qu'un nombre limité d'infirmiers psychiatriques sur les 54 500 actuels pourrait essayer d'obtenir le diplôme d'Etat infirmier (longueur du stage, absence d'incidence financière). Cette possibilité d'obtention a surtout une dimension symbolique forte. En effet, l'accession au diplôme d'Etat infirmier peut être considéré comme une reconnaissance de la place de la psychiatrie dans le système de soins français.

En revanche, la création d'un *diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique* a des *conséquences pratiques importantes* qui sont précisées par le nouvel article L. 474-3 du code de la santé publique.

- Le nouvel article L. 474-3 du code de la santé publique précise les lieux dans lesquels pourront exercer la profession d'infirmier de soins généraux les infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique.

*Sont d'abord cités les établissements hospitaliers : les infirmiers psychiatriques pourront donc exercer dans des structures dispensant des soins infirmiers généraux. Il existe une exception pour les établissements de santé privés : les infirmiers ne pourront exercer que dans des établissements « recevant des patients souffrant de maladies mentales, ou dispensant des soins de longue durée ». Sont également concernés les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article 3 de la loi, n° 75-335 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et*

*médico-sociales, c'est à dire les structures pour enfants et adultes handicapés et pour personnes âgées, (centres médico-psycho-pédagogiques, maisons de retraite médicalisées etc...) et les établissements mentionnés à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, c'est à dire les maisons d'accueil spécialisées. Est enfin visé un ensemble de lieux diversifiés : les établissements d'enseignement, les établissements de santé des armées, les centres de soins pour toxicomanes, les services de médecine du travail et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse.*

En revanche, l'exercice en secteur libéral est exclu. Le diplôme d'Etat infirmier conserve donc certaines spécificités par rapport au nouveau diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique : il reste nécessaire pour exercer en secteur libéral mais aussi pour obtenir une spécialisation et pour circuler dans l'Union européenne.

*Il faut noter que la liste du nouvel article L. 474-3 du code de la santé publique reprend en très grande partie celle très large de l'arrêté du 2 mai 1996 qui a autorisé les infirmiers psychiatriques à exercer toutes les activités relevant de la profession d'infirmier dans la plupart des établissements de santé.*

*Le Conseil d'Etat a annulé cet arrêté le 16 décembre 1998 au motif qu' « en permettant aux titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique d'exercer toutes les activités relevant de la profession d'infirmier ou d'infirmière de soins généraux, notamment, dans l'ensemble des établissements publics de santé et de syndicats interhospitaliers mentionnés aux articles L. 711-6 et L. 713-5 du code de la santé publique et dans l'ensemble des établissements de santé privés participant au service public hospitaliers dans les conditions prévues aux articles L. 715-5 à L. 715-11 du même code, alors que le 1°, précité, de l'article L. 477 de ce code ne l'habilite à autoriser l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière de soins généraux par des personnes pourvues de certains certificats, titre ou attestations autres que les diplômes, certificats et titre définis par l'article L. 474-1, qu'à titre dérogatoire et seulement dans un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé, le ministre du travail et des affaires sociales a altéré la portée de cette habilitation et méconnu l'objectif poursuivi par le législateur. » Le 17 décembre 1998 un arrêté identique a été publié, c'est-à-dire ouvrant aux infirmiers psychiatriques l'exercice de la profession infirmière dans la quasi-totalité des établissements. Le nouvel article L. 474-3 du code de la santé publique peut donc s'assimiler à une validation législative partielle de cet arrêté.*

*- L'article L. 477-1 du code de la santé publique est créé afin de se conformer aux principes du droit communautaire selon lesquels tout ressortissant communautaire diplômé qui souhaite exercer sa profession dans l'un des Etats membres, doit pouvoir bénéficier d'une autorisation d'exercer sa profession dans cet Etat.*

Le premier alinéa vise les infirmiers qui ne remplissent pas les conditions mentionnées à l'article L. 474-1 du code de la santé publique, c'est à dire les ressortissants communautaires titulaires de diplômes non conformes à la directive spécifique aux infirmiers de soins généraux. Ces derniers pourront bénéficier d'une autorisation d'exercer en France. Le second alinéa précise dans quelles conditions sera délivrée cette autorisation d'exercer. Les demandes d'autorisation d'exercice seront examinées par une commission régionale et délivrées par « l'autorité administrative », c'est à dire le préfet de région. La commission peut, le cas échéant, demander aux intéressés de se soumettre à un examen d'aptitude ou de compléter leur formation avant d'exercer en France.

\*

La commission a adopté cet article sans modification.

La commission a examiné deux **amendements présentés par M. Bernard Accoyer** et par M. Jean-Luc Prél visant à créer un ordre **national des infirmiers et infirmières**.

**Le rapporteur a considéré** que ces amendements n'entraient pas dans le champ du titre IV du projet de loi .

**La commission a rejeté** ces amendements.

Article additionnel après l'article 34  
(article L. 474 du code de la santé publique)

Certification de compétence des aides opératoires

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de Mme Martine David et de M. Bernard Accoyer visant à mettre en place un **dispositif de certification de compétences pour les personnels exerçant l'activité d'aide opératoire ou d'aide instrumentiste en bloc opératoire**.

**Le président Jean Le Garrec** a indiqué que ces amendements étaient pratiquement identiques.

MM. Pierre Hellier, Jean-Michel Dubernard et Georges Colombier ont convenu de cette similitude et de la volonté d'aboutir à une rédaction *commune*.

Le rapporteur a précisé que la rédaction proposée par Mme Martine David était meilleure dans la mesure où il était fait référence à un décret en Conseil d'Etat. Il a suggéré l'adoption d'un sous-amendement tendant à préciser la durée d'ancienneté des personnes visées à l'article L. 474 du code de la santé publique.

M. Jean-Luc Prél a observé qu'une condition d'ancienneté au moins égale à six ans figurait dans l'amendement de M. Bernard **Accoyer**.

**Le président Jean Le Garrec** a proposé l'adoption d'un sous-amendement reprenant cette durée d'ancienneté.

La commission a adopté ce sous-amendement et l'amendement présenté par Mme Martine David ainsi sous-amendé, M. Jean-Michel Dubernard ayant retiré l'amendement de M. Bernard Accoyer.

Article additionnel après l'article 34

**Frais de mission des infirmiers** psychiatriques

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint tendant à instaurer une indemnisation des frais de mission pour les **infirmiers psychiatriques** obligés, dans le cadre de la politique de sectorisation, d'effectuer des déplacements entre leur établissement *d'exercice* et leur établissement d'origine.

Le rapporteur a suggéré que l'amendement soit rédigé de manière différente de telle sorte que l'indemnisation des frais de mission soit déterminée de manière objective et ne dépende pas d'un choix du salarié lui-même. Cette nouvelle rédaction permettrait à l'amendement de ne pas être irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

Le président Jean Le Garrec a suggéré que cet amendement soit retiré de manière à être revu lors de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué préférer maintenir l'amendement en l'état, en l'améliorant **ensuite le cas échéant**.

**La commission a adopté l'amendement.**

## Article 35

(articles L. 162-16-1 à L. 162-16-3 nouveaux, L. 161-34, L. 161-36 nouveau, L. 162-33, et L. 625 du code de la sécurité sociale)

### Convention entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie

Cet article crée une base légale pour une convention entre les pharmaciens d'officine et les caisses d'assurance maladie et modifie le régime de la vignette, conformément au protocole d'accord signé le 24 septembre 1998 entre l'Etat et les représentants de la profession. Pour cela, il contient plusieurs dispositions de coordination tenant compte de la création de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale.

#### 1.- Création d'une convention pour les pharmaciens

Les nouveaux articles L. 162-16-1, L. 162-16-2 et L. 162-16-3 du code de la sécurité sociale introduits par le présent article instituent pour la première fois un cadre conventionnel pour les pharmaciens d'officine. Comme les médecins, ces derniers verront désormais leurs rapports avec les caisses d'assurance maladie gérés par une convention conclue pour une durée maximale de cinq ans.

C'est la loi du 3 juillet 1971 qui a adopté le principe d'une convention nationale négociée librement entre les régimes d'assurance maladie et les syndicats de médecins, sans référence à une convention type élaborée par le Gouvernement. En contrepartie, les pouvoirs publics s'engagèrent à garantir l'avenir de la médecine libérale et notamment le respect du paiement à l'acte. La première convention a été signée le 28 octobre 1971. Dès 1974, la quasi-totalité des médecins avait choisi d'y adhérer. Le système conventionnel a été étendu à toutes les professions de santé : les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux visés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, les infirmiers visés à l'article L. 162-12-2, les masseurs-kinésithérapeutes visés à l'article L. 162-12-9 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales visés à l'article L. 162-14. A l'heure actuelle, les catégories de professionnels de santé non couvertes par des relations conventionnelles sont minoritaires. Il s'agit essentiellement des psychomotriciens et des diététiciens. Le recours à la convention pour la détermination des relations entre l'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux revêt de caractère d'un principe fondamental de la sécurité sociale au sens de l'article 34 de la Constitution, depuis la décision n° 89-269 du Conseil constitutionnel du 22 janvier 1990.

#### · Dispositif conventionnel

Le nouvel article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale a été rédigé sur le modèle de l'article L. 162-5 du même code précisant les dispositions relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et l'assurance maladie. Ce dispositif a d'ailleurs été repris pour les conventions des autres professions de santé.

La durée de la convention est fixée pour au plus cinq ans, ce qui est le cas pour la majorité des autres conventions, même si la durée n'est pas systématiquement inscrite dans la loi.

Le neuvième alinéa du nouvel article L. 162-16-1 reprend la disposition « classique » selon laquelle la convention et ses avenants ne peuvent recevoir application sans un arrêté d'approbation. Cet arrêté est pris par les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget en raison des incidences financières et de l'agriculture en raison de la tutelle sur la mutualité sociale agricole. L'approbation de la convention par l'autorité publique confère donc à ces stipulations les effets qui s'attachent aux actes réglementaires (CE, Sect, 9 octobre 1981).

Aux dixième et onzième alinéas du nouvel article L. 162-16-1, une disposition inédite en matière de convention médicale est introduite : l'arrêté pourra exclure de l'approbation des « clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur ». Cette disposition va à l'encontre de l'indivisibilité des conventions affirmée à plusieurs reprises par le Conseil d'Etat : l'autorité publique ne peut procéder à la disjonction de certaines stipulations de la convention en vue de son approbation, dès lors que la disjonction porte atteinte à l'économie générale de la convention. (CE, Ass, 17 déc. 1993). A l'heure actuelle, le système conventionnel des médecins prévoit, à l'article L. 162-5-6 du code de la santé publique, un seul dispositif d'exclusion au niveau de l'arrêté d'approbation pour certaines références médicales et ce « dans l'intérêt de la santé publique ».

La seconde mesure inédite en matière de convention est l'introduction dans la loi d' « un bilan annuel relatif à l'application de la convention et à la situation économique des officines ».

Il est à noter que la convention ne comprend pas de règlement minimal substitutif comme c'est le cas pour la convention des médecins. Une telle disposition permet de pallier tout vide juridique en l'absence de **convention nationale**, dans l'hypothèse où les partenaires conventionnels ne parviennent pas à s'entendre, ou en cas d'annulation de ladite convention par le Conseil d'Etat.

Enfin, le nouvel article L. 162-16-3 prévoit que les dispositions conventionnelles s'appliquent « à la personne qui remplace régulièrement le pharmacien titulaire de l'officine » dans les conditions prévues à l'article L. 580 du code de la santé publique, c'est-à-dire un pharmacien ou un étudiant en pharmacie autorisé à le faire pour une durée maximale de deux ans. Cette disposition n'existe pas dans les autres conventions, puisque le remplacement en cas d'empêchement n'est pas prévu pour les autres professionnels de santé.

#### · Contenu de la convention

Le nouvel article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, à l'instar des articles régissant les relations conventionnelles des autres professionnels de santé, précise de manière non exhaustive le contenu de la convention. Ce contenu est assez proche de celui des autres types de conventions médicales bien qu'il tienne compte des spécificités de la profession pharmaceutique. Il s'agit premièrement des « obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ». Ce premier point est évident dans la mesure où il s'agit d'une convention, c'est-à-dire d'un contrat définissant les devoirs des uns et des autres. De manière significative, les conventions nationales et leurs avenants revêtent d'ailleurs le caractère de contrats administratifs (CE, Sect, 18 octobre 1974). La convention entre pharmaciens et assurance maladie pourra porter entre autres sur quatre autres points :

- Premièrement, la convention détermine la qualité en ce domaine : « la dispensation pharmaceutique », « le bon usage du médicament » et « la coordination des soins ».

- Deuxièmement, la convention détermine des « thèmes de formation » et les « modalités de financement » de cette formation. Une telle disposition existe dans la convention des médecins concernant la formation médicale continue

obligatoire et le mode de financement est prévu à l'article L. 367-8 du code de la santé publique, (le fonds d'assurance formation des médecins). A la différence des médecins, les pharmaciens n'ont pas l'obligation de se soumettre à une formation médicale continue. Une telle disposition permet donc d'introduire une formation de type conventionnel qui ne pourra *qu'améliorer la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux*.

- Troisièmement, la convention pourra déterminer « les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ». Cette disposition montre la volonté du Gouvernement de permettre l'égalité d'accès aux soins. L'article 20 du présent projet de loi accorde aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle la dispense d'avance de frais. Cette mesure est indispensable pour permettre un accès effectif aux soins des personnes les plus modestes, pour lesquelles l'avance de frais est très souvent un obstacle majeur à l'exercice de leur droit à la santé.

- Quatrièmement, la convention détermine « la participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ». Il s'agit là d'un rappel du droit de substitution au profit du pharmacien introduit par l'article 29 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Cet article a créé un droit de substitution d'un médicament prescrit par le médecin par un autre médicament appartenant au même « groupe générique », sur décision du pharmacien et sauf opposition expresse du prescripteur. La création de ce droit de substitution doit permettre de contribuer à doubler la part des médicaments génériques actuellement trop peu développée en France. En effet, la part des génériques en France **représente 4 à 5 % du marché des médicaments en ville alors qu'elle est de 15 %** en Grande-Bretagne et 20 % en Allemagne.

L'ouverture d'un nouveau champ conventionnel consacre ainsi la place d'acteur de santé publique du pharmacien d'officine et en particulier le rôle qu'il est appelé à jouer dans la maîtrise des dépenses de santé, par l'institution de ce droit de substitution. Comme pour les autres professionnels de santé, la convention est donc un outil de maîtrise médicalisée des dépenses. Cet objectif de maîtrise existe dans les conventions depuis la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 et surtout l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

## 2.- Droit de substitution et rémunération des pharmaciens.

### · Droit de substitution

Le présent article modifie l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du IV de l'article 29 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Cette modification est une prise en compte de la création d'un dispositif conventionnel : les modalités du droit de substitution ne seront donc plus fixées par arrêté mais par la convention instituée par le présent article ou à défaut par arrêté ministériel. Ces modalités ont été précisées par le IV de l'article 29 de la loi précitée. Il est prévu que l'usage du droit de substitution entre un produit et un élément du même groupe générique doit se faire à charge égale pour l'assurance maladie. **En conséquence, le niveau de remboursement** du produit substituable ne saurait dépasser celui du produit prescrit. En cas d'inobservation de cette règle de limitation des dépenses, un montant maximum de la dépense supplémentaire est autorisé et sera donc fixé par la convention prévue au nouvel article L. 162-16-1 et à défaut par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget. Il en sera de même pour le minimum forfaitaire éventuellement versé par le pharmacien, c'est-à-dire la pénalité qu'il doit verser à la caisse en cas de dépense supplémentaire pour l'assurance maladie. Le droit de substitution entre donc complètement dans le champ conventionnel.

### · Rémunération des pharmaciens

Le IV du présent article prévoit l'abrogation de l'article L 625 du code de la sécurité

sociale relatif à la vignette. Il est remplacé par le nouvel article L. 161-36 qui descend au niveau réglementaire les règles régissant le contenu des informations portées sur la boîte de médicaments à destination des consommateurs et de l'assurance maladie. En conséquence, l'apposition d'une vignette sur le conditionnement des médicaments remboursables, comportant la dénomination du produit ainsi que le prix et le code à barres, sont renvoyés au décret en Conseil d'Etat. Ces informations doivent en effet évoluer en fonction notamment de la montée en charge de l'informatisation, qui fera disparaître la transmission des vignettes à l'assurance maladie. De plus, à moyen terme le Gouvernement souhaite instituer, dans le cadre d'une réforme de la marge du pharmacien, une part de rémunération forfaitaire pour le pharmacien, détachée du prix du médicament remboursable et d'exclure en conséquence cette part forfaitaire de la vignette apposée sur le conditionnement. La marge des pharmaciens pourra donc être modulée sans modification du prix et sans « revignettage » de toutes les boîtes de médicaments.

Un accord est sur le point d'être signé entre l'Etat et les pharmaciens sur le nouveau mode de rémunération lié à l'instauration du droit de substitution. Les pharmaciens s'engagent à développer la pratique de la substitution et ont convenu d'un objectif de substitution de 35 % sur-le-champ du répertoire de l'Agence du médicament en vigueur. Cette liste compte moins d'une centaine de spécialités pesant 10 milliards de francs de chiffre d'affaires (dont 2 milliards de francs environ pour les seules génériques) sur un marché officinal français d'environ 90 milliards de francs. Cet objectif de substitution va donc se traduire par une baisse de 10 % du prix moyen des familles de médicaments concernés et une économie potentielle brute d'environ 1 milliard de francs pour l'assurance-maladie.

Afin d'éviter une perte de chiffre d'affaires pour les pharmaciens, l'accord prévoit d'une part une marge unique, égale en francs à la marge du princeps, à l'intérieur d'un groupe générique et d'autre part, la réforme de la marge des pharmaciens qui passe de six tranches à deux et l'introduction d'un forfait. Le nouveau système de rémunération sera donc composé d'un forfait par boîte de 3,50 francs associé à une marge à deux **tranches : 26,1 % du prix fabricant hors taxes** pour la première tranche jusqu'à 150 francs et 10 % au-delà. De plus, dans un but de santé publique, la dispensation de certains médicaments (sevrage alcool ou toxicomanie, pilule du lendemain ...) entraînera le droit à percevoir un forfait additionnel par boîte d'un montant de 2 francs hors taxes.

Dès que l'accord sera signé avec les représentants de la profession, un arrêté sera pris afin que le nouveau barème de marges et l'introduction d'un forfait entrent en application le 1er septembre 1999. Cet arrêté rendra caduc l'arrêté **du 2 janvier** 1990 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables qui fixe l'actuel système de rémunération.

### 3.- Dispositions de coordination

Le a) du paragraphe I et le II du *présent article* sont des dispositions de coordination tenant compte de la création de trois nouveaux articles L. 162-16-1, L. 162-16-2 et L. 162-16-3, dans le code de la sécurité sociale.

\*

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Accoyer visant à différencier de manière *précise la prescription de la dispensation en matière de médicament substituable afin que le médecin prescripteur puisse avoir la possibilité d'expliquer à son patient qu'un médicament prescrit pourra ou non être substituable.*

*Le rapporteur a indiqué que ce point lié au droit de substitution avait été longuement discuté et tranché lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.*

**La commission a rejeté cet amendement.**

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Bernard Accoyer visant à ce que le pharmacien procédant à son droit de substitution soit tenu lors de la dispensation de faire suivre la mention du médicament **générique** de son nom et de sa signature. Après que le rapporteur eut estimé que cet amendement aurait pour effet de dissuader les pharmaciens d'utiliser le droit de substitution, la commission a rejeté l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Mathieu-Obadia visant à relever de 2500 à 3000 habitants le quota nécessaire pour **l'ouverture d'une** officine dans les villes ayant une population résidente supérieure à 5000 personnes.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia a indiqué qu'il s'agissait de freiner les créations des officines dans certains *lieux* où elles sont trop nombreuses, sans *contribuer* toutefois au phénomène de désertification dans les petites villes et communes.

Le rapporteur a considéré que cet amendement traitait d'un problème sérieux. Cependant une telle mesure devrait être adoptée dans un véritable projet de loi portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social. Dans un souci de cohérence, il ne serait donc pas **opportun d'intégrer une disposition de cette nature qui, dans un autre cadre, pourrait faire.**

M. Jean-Luc Prél a considéré pour sa part que l'objet de l'amendement pourrait sans difficulté être pris en compte dans le titre IV du projet de loi qui comporte des mesures très diverses

La commission a ensuite rejeté cet amendement.

La commission a adopté l'article 35 sans modification.

## Article 36

Validation des conventions médicales nationales annulées par le Conseil d'Etat

Cet article a pour objet de valider, à titre préventif, tous les actes individuels n'ayant pas le caractère de sanction pris sur le fondement des deux conventions médicales nationales de 1997 annulées par le Conseil d'Etat.

1. L'annulation des conventions médicales nationales par le Conseil d'Etat

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Juppé de réforme de la sécurité sociale, les caisses nationales et les syndicats de médecins ont engagé des négociations pour adapter le cadre conventionnel alors en vigueur aux nouvelles dispositions, notamment le reversement du dépassement imposé aux médecins en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales. Suite à l'échec de ces négociations, les organismes de sécurité sociale signataires ont pris la décision, le 20 décembre 1996, de résilier la convention nationale approuvée par arrêté du 25 novembre 1993.

En application de la faculté ouverte par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les caisses ont conclu deux conventions nationales séparées, l'une avec MG-France pour les médecins *généralistes et l'autre avec l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF)* pour les médecins spécialistes. Ces conventions ont été approuvées par deux arrêtés interministériels du 28 mars 1997.

Il est de jurisprudence constante que de telles conventions sont des contrats administratifs, dont le juge administratif est pleinement compétent pour apprécier la légalité, et que l'arrêté interministériel d'approbation est lui-même un acte réglementaire qui conditionne l'entrée en vigueur de la convention et confère valeur réglementaire à *ses stipulations*. De ce fait, ces conventions ont été attaquées devant le Conseil d'Etat par de nombreux requérants.

Par un arrêt du 26 juin 1998, Confédération des syndicats médicaux français, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté approuvant la convention des médecins spécialistes, au motif que la seule organisation syndicale signataire - l'UCCSF - ne pouvait être considérée comme étant une organisation syndicale parmi les plus représentatives, pour l'ensemble du territoire national, de médecins spécialistes. Les critères énoncés par l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale n'étaient en effet pas remplis par cette organisation minoritaire.

Par un arrêt d'assemblée du 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Ain, le Conseil d'Etat a également annulé l'arrêté approuvant la convention des médecins généralistes, pour deux raisons principales. La première concerne les modalités d'individualisation, par zone géographique, du mécanisme de reversement d'honoraires dû par les médecins en cas de dépassement de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales, fixé chaque année par une annexe à la convention : le Conseil d'Etat a considéré que cette étape intermédiaire d'individualisation n'était pas prévue par le code de la sécurité sociale et que les partenaires conventionnels ont donc outrepassé leurs compétences. La seconde raison concerne l'option conventionnelle, qui permet à des médecins généralistes volontaires de participer à des filières de soins et de jouer le rôle de médecins-référents pour leurs patients, qui disposent en contrepartie de la dispense d'avance de frais : le Conseil d'Etat a aussi considéré que les partenaires conventionnels avaient, dans ce cas-là, excédé leurs compétences.

L'annulation des dispositions relatives au reversement des médecins n'est pas susceptible de créer des problèmes juridiques individuels, dans la mesure où elles n'ont pas eu le temps de s'appliquer et ont été remplacées par un système de clause de sauvegarde institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, lui-même censuré par le Conseil constitutionnel. Par contre, l'option conventionnelle a été souscrite par des médecins et des patients dont il convient de garantir la pérennité des relations sous forme de filière de soins.

Il convient de noter que, pour assurer la continuité des relations entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens précédemment conventionnés, un règlement conventionnel minimal (RCM) a été pris par arrêté interministériel du 10 juillet 1998, conformément à l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale. Une nouvelle convention nationale des médecins généralistes a été approuvée le 4 décembre 1998. Par ailleurs, une enquête de représentativité des syndicats de médecins spécialistes a été diligentée, aboutissant à la reconnaissance de quatre syndicats le 11 septembre 1998 qui ont engagé des négociations, toujours en cours, avec les caisses.

Toutefois, la convention nationale des médecins généralistes conclue avec le syndicat MG-France le 26 novembre 1998 est l'objet de recours contentieux, en instance de **jugement devant le Conseil d'Etat. Elle pourrait être annulée** pour des raisons similaires à celles ayant conduit à l'annulation de la convention du 12 mars 1997. C'est pourquoi il serait également nécessaire de valider, à titre préventif, toutes les décisions individuelles prises sur le fondement de cette convention, notamment en ce qui concerne l'option conventionnelle. Les articles 7-3 à 7-8 de cette convention, relatifs à la mise en œuvre du dispositif de clause de sauvegarde institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 mais censurées par le Conseil constitutionnel, devraient cependant être exclues de la validation législative pour que celle-ci soit constitutionnelle.

## 2. Le cadre constitutionnel des validations législatives

Le Parlement est ainsi, une nouvelle fois, appelé à valider des actes réglementaires annulés par le juge administratif.

Dans sa décision de principe n° 80-11 DC du 22 juillet 1980, le Conseil constitutionnel a considéré que les validations d'actes réglementaires par le législateur n'étaient pas contraires au principe constitutionnel de séparation des pouvoirs, à condition de respecter certaines limites qu'il énonce et peuvent se présenter en cinq points :

- Le législateur étant seul en mesure de prendre des dispositions rétroactives, sa compétence dans le cas d'une validation s'impose sans qu'il soit nécessaire de justifier le caractère législatif de la matière concernée, en dérogation aux règles des articles 34 et 37 de la Constitution.

- La validation ne doit pas intervenir en matière répressive, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas concerner des sanctions pénales ou administratives, en vertu du principe constitutionnel de non-rétroactivité de la loi pénale et des peines.

- La loi ne peut valablement remettre en vigueur un acte définitivement annulé par le juge, en raison du principe constitutionnel d'indépendance des juridictions. C'est pourquoi la validation doit exclure expressément de son champ d'application les décisions de justice passées en force de chose jugée. Elle vise en fait à atteindre les actes individuels subséquents à l'acte réglementaire attaqué ou annulé.

- L'acte validé ne doit contrevenir à aucune règle, ni à aucun principe de valeur constitutionnel - ce que le Conseil constitutionnel apprécie, en quelque sorte comme un juge d'appel, à l'occasion de l'examen de la conformité à la Constitution de la loi de validation -, sauf à ce que le but d'intérêt général visé par la validation soit lui-même de valeur constitutionnelle.

- La justification de la validation doit reposer sur des motifs d'intérêt général car elle remet en cause la stabilité des situations juridiques. La réalité de l'intérêt général en jeu est appréciée par le Conseil constitutionnel, qui ne se reconnaît pas un pouvoir d'appréciation identique à celui du Parlement et se contente donc de censurer une erreur manifeste d'appréciation, par la prise en compte de la proportionnalité de la mesure de validation au regard de sa justification.

En l'espèce, la validation proposée de décisions individuelles, prises sur la base de conventions ayant acquis valeur réglementaire, exclut expressément de son champ d'application les mesures individuelles ayant le caractère de sanction et les décisions de justice passées en force de chose jugée. Les arrêtés annulés étaient quant à eux entachés d'illégalité pour vice de compétence et ne contrevenaient pas ainsi au fond à un principe de valeur constitutionnelle.

Cette validation se justifie par la nécessité de préserver la continuité des relations contractuelles entre les médecins-référents et leurs patients dans le cadre de l'option conventionnelle. On peut raisonnablement considérer que cette validation repose sur un **intérêt général** suffisant, puisqu'elle est effectuée dans l'intérêt des médecins et des patients qui doivent pouvoir bénéficier pleinement des principes de **sécurité juridique et de confiance légitime**. De même, il est nécessaire de garantir, pour les deux conventions, la continuité juridique de tous les actes pris

jusqu'à l'intervention du règlement conventionnel minimal - ce qui justifie d'ailleurs que la validation porte sur tous les motifs d'illégalité des conventions. Enfin, il faut signaler que, pour une fois, cette validation n'est pas justifiée par un quelconque intérêt financier de l'Etat.

\*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Jean-Luc Prével.

M Jean-Luc Prével a considéré que la convention médicale, négociée entre **la CN AM et les professionnels de santé, par définition ne relevait pas du domaine législatif.**

**Le rapporteur a indiqué que seul le Parlement pouvait procéder à une validation d'un acte annulé par le juge administratif. En juillet 1998, le Conseil d'Etat a annulé les deux conventions médicales de 1997 pour des raisons de compétence. Tant en ce qui concerne le reversement exigible des médecins dans le cadre du plan Juppé que de la mise en œuvre de l'option conventionnelle, les partenaires conventionnels et le Gouvernement ont outrepassé leurs compétences. Le législateur doit donc intervenir dans ce domaine, sans pour autant remettre en cause la décision du Conseil d'Etat elle-même.**

La commission a rejeté cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement du rapporteur visant à valider tous les actes pris en application de la convention nationale des médecins généralistes conclue le 26 novembre 1998, à l'exception de ceux fondés sur les articles 7-3 à 7-8 de ladite convention et de ceux ayant le caractère d'une sanction.

Le rapporteur a tenu à rappeler que la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 **était actuellement** l'objet de recours contentieux en instance de jugement par le Conseil d'Etat. Elle pourrait être annulée pour des raisons similaires à celles ayant conduit à l'annulation de la convention **du 12 mars 1997**. C'est pourquoi il est nécessaire de valider, à titre préventif, toutes les décisions individuelles prises sur la base de cette convention, notamment en ce qui concerne l'option conventionnelle. Il convient en effet de préserver la continuité des relations juridiques. Il faut noter que le Conseil d'Etat a déjà annulé l'option conventionnelle au motif que les partenaires conventionnels avaient outrepassé leurs compétences en négociant des dispositions de nature législative.

**M. Jean-Luc Prével s'est interrogé** sur la situation qui apparaîtrait si le Conseil d'Etat venait à annuler une nouvelle fois la convention médicale et sur le rôle qui resterait aux partenaires conventionnels.

*Le rapporteur a répondu que, conformément aux arrêts du Conseil d'Etat, il convenait que le législateur prenne ses responsabilités sans pour autant remettre en cause le rôle des partenaires conventionnels. L'amendement présenté se veut respectueux du pouvoir de décision du Conseil d'Etat, qui peut statuer en toute liberté. Il tient également compte de la décision du Conseil constitutionnel sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et n'exige aucun reversement des médecins.*

Le président Jean Le Garrec a considéré que l'amendement du rapporteur

était un amendement de précaution fondé sur l'analyse de la décision du Conseil d'Etat relative à la convention de 1997.

La commission a adopté cet amendement. Elle a ensuite adopté l'article 36 ainsi modifié.

### Article 37

Traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soin et de prévention

Cet article a pour objet de préciser les conditions dans lesquelles les données personnelles de santé à caractère indirectement nominatif, peuvent être traitées, exploitées et diffusées à des fins d'analyse des activités de soin et de prévention ou d'évaluation de ces pratiques.

A la différence des données traitées à des fins de recherche dans le domaine de la santé, qui sont régies par le chapitre V bis de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données personnelles de santé dont il est ici question sont indirectement nominatives, dans le sens où, si l'identité des personnes n'est jamais communiquée aux organismes susceptibles de mettre en œuvre les traitements concernés, ces données peuvent néanmoins permettre de retrouver et d'identifier la pathologie diagnostiquée pour tel patient. Il s'agit donc de trouver un équilibre particulier entre le respect dû au secret de l'état de santé et donc à la vie privée du patient et la nécessaire transparence, pour les usagers, du système de soins et les professionnels de santé, afin de faire évoluer les pratiques et les modes de gestion.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a déjà attiré l'attention des pouvoirs publics sur cette question par une recommandation du 4 février 1997 sur le traitement des données de santé à caractère personnel. Elle a estimé que les données personnelles de santé ne peuvent être utilisées que dans l'intérêt direct du patient et qu'elles doivent être traitées dans le respect des droits des personnes. Elle a notamment rappelé que la convention n° 108 du 28 janvier 1981 du Conseil de l'Europe pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel autorise les traitements de données de santé à caractère personnel, le cas échéant par une autre personne que le professionnel de santé qui les a recueillies, pour participer aux actions de prévention et de veille sanitaire, poursuivies par les autorités de santé, dans des conditions définies par la loi. De même, la directive communautaire du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données permet une dérogation à l'interdiction de traitement des données personnelles relatives à la santé, sous réserve de garanties appropriées (tenant en particulier au secret professionnel) et pour un motif d'intérêt public important.

La nécessité de légiférer en la matière est d'autant plus forte que la direction des hôpitaux du ministère de la santé s'est rendue compte récemment que les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui avaient été fournies à la presse sur avis de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), étaient un fait indirectement nominatives. Les résumés de sortie standardisés (RSS), établis par patient et par séjour en établissement de santé, sont certes transformés en résumés de sortie anonymes (RSA) en vue de leur transmission pour traitement ou analyse. Mais il est possible par recoupements, dans un nombre considérable de cas, de

révéler la raison de l'hospitalisation d'un patient dont on connaît préalablement l'identité à partir d'un RSA, qui mentionne un numéro d'identifiant, son âge, son sexe, sa date de sortie, le diagnostic principal et les actes réalisés. La vie privée de chacun, couverte par le secret, est en cause. Il importe donc de réglementer plus strictement l'accès à ces données, qui sont bien personnelles.

Sont concernées par cet article toutes les données personnelles de santé : celles issues des systèmes d'information hospitaliers (le PMSI) mentionnés à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, celles issues des systèmes d'information de l'assurance maladie (les SNIR) et celles provenant directement des professionnels de santé eux-mêmes. Les données effectivement anonymisées n'entrent pas dans son champ d'application : n'étant pas nominatives, même indirectement, elles continuent de relever de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978, organisant notamment l'accès des tiers aux documents administratifs.

Les données personnelles de santé utilisées à des fins d'évaluation, de prévention ou d'analyse sont désormais soumises aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, en particulier le droit d'accès et de rectification de la personne concernée. Cette loi distingue deux types de mise en œuvre des traitements automatisés, selon que le responsable du traitement est une personne publique ou une personne privée. Bien qu'appelée à disparaître avec la transposition de la directive du 24 octobre 1995, cette distinction est reprise partiellement ici.

Les services des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les organismes d'assurance maladie et les organismes chargés d'une mission d'évaluation des pratiques de soin et de prévention ou d'analyse des activités de soins et de prévention dont la liste sera fixée par décret en Conseil d'Etat sont soumis aux dispositions de l'article 15 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée. Ils pourront mettre en œuvre des *traitements automatisés* de données personnelles de santé ayant pour fin l'évaluation du système de santé s'ils y sont autorisés par un acte réglementaire pris après avis motivé de la CNIL.

Toutes les autres personnes (physiques ou morales) pourront également obtenir communication de données personnelles de santé à des fins d'évaluation, de prévention ou d'analyse, selon une procédure spécifique tenant compte du caractère sensible des informations concernées. Alors que l'article 16 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée prévoit dans le cas général des traitements automatisés d'informations nominatives par ces personnes une simple déclaration préalable du traitement mis en œuvre avec contrôle a posteriori de la CNIL, le quatrième alinéa de cet article exige, pour obtenir communication de ces données, une décision individuelle des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, prise après avis de la CNIL. Il doit uniquement s'agir de s'assurer ainsi des garanties de sérieux du demandeur, de ses méthodes et de ses fins, de la pertinence du traitement envisagé et de la nécessité de recourir à des informations nominatives.

Dans tous les cas, les données personnelles de santé communiquées ne doivent comporter ni le nom, ni le prénom du patient, ni son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. **Les traitements** opérés à partir de ces données à caractère indirectement nominatif ne doivent pas servir à des fins de recherche ou d'identification de personnes physiques. Les personnes autorisées à effectuer les traitements et celles qui y ont accès sont soumises au secret professionnel. Enfin, le dernier alinéa de cet article précise que les résultats des traitements ne peuvent être publiés que si les informations communiquées ne permettent aucune identification, même indirecte, des personnes. **La vie privée** des patients est ainsi préservée.

La commission a examiné quatre amendements de suppression de l'article présentés par MM. Jean-Luc Prével, Yves Bur, Bernard Accoyer et André Aschieri.

M. Bernard Accoyer a considéré qu'il s'agissait d'un article liberticide, portant atteinte à la liberté de la presse et au droit à l'information de tous les Français sur le système de soins. Sous prétexte de protéger la confidentialité des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), cet article interdit en pratique **toute publication** des données. Une évaluation des hôpitaux à laquelle il ne peut être donnée aucune publicité perd une grande partie de son intérêt.

M. André Aschieri a déclaré que, lors de la préparation du rapport qu'il a effectué sur la santé et l'environnement avec Mme Odette Grzegorzulka, il avait été contraint de constater des manques graves en matière d'informations sur l'état de santé des Français. Les bases de données du PMSI constituent un élément précieux pour tous ceux qui travaillent à l'amélioration de la situation sanitaire. La préservation de l'anonymat ne doit donc pas conduire à interdire l'utilisation de ces données. Il suffit de s'assurer que le nom des malades n'est pas connu.

Le rapporteur a estimé qu'il n'y avait pas de volonté du Gouvernement de porter atteinte à la liberté d'information, bien qu'une certaine maladresse dans la **rédaction de cet** article puisse conduire à la mise en place d'un système peu transparent. La préservation du caractère anonyme des informations est essentielle si l'on veut éviter que, par des recoupements, les situations individuelles puissent être repérées. Mais il n'est pas question de retirer à la presse les moyens d'informer le public sur l'état du système de santé, et notamment du secteur hospitalier. L'objectif du texte est bien d'assurer un **équilibre entre la garantie** du secret médical et la nécessaire transparence des systèmes d'information en santé.

La commission a rejeté ces amendements.

Elle a ensuite examiné un amendement du rapporteur proposant une nouvelle rédaction de l'article.

Le rapporteur a indiqué que cet amendement clarifiait la rédaction de l'article et prévoyait que l'autorisation des ministres pour la communication des données personnelles de santé ne pourra être prise que sur avis conforme, public et motivé de la CNIL. Cet amendement devrait ainsi permettre d'écarter tout risque de décision arbitraire en conciliant la protection de la liberté individuelle et de la vie privée et le respect de la liberté de la presse.

M. Bernard Accoyer a **considéré qu'une telle** procédure prendrait du temps et que les décisions d'autorisation prendraient forcément en compte l'identité du demandeur. De plus, il n'appartient pas à la CNIL de se prononcer sur l'accès à des données **informatiques anonymes**. Enfin, en ce qui concerne la préservation de la confidentialité des données personnelles de santé, outre que le risque de divulgation est relativement limité et concernerait essentiellement des petites séries ou des petits services, il ne faut pas idéaliser les conditions du respect du secret médical, notamment entre praticiens d'un même service hospitalier. Le juridisme excessif manifesté dans cet article empêchera toute évolution du système hospitalier.

*M. André Aschieri a rappelé le manque d'informations statistiques en matière hospitalière et l'intérêt que présente la collecte informatisée de ces données en matière de veille sanitaire. Ces données doivent être communicables.*

*Le rapporteur a signalé qu'il avait été saisi par différents journalistes des problèmes posés par cet article, ainsi que par la Ligue des Droits de l'Homme qui a insisté sur la nécessaire préservation du secret médical et sur le respect des libertés individuelles. La responsabilité éthique du législateur consiste à concilier au mieux ces deux exigences et prendre ses responsabilités. Il faut donc que la CNIL, qui est une autorité administrative indépendante, prenne en fait la décision. La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) demeure **quant à elle compétente pour les données anonymes.***

L'amendement de rédaction globale a donc un quintuple objet :

- il intègre les dispositions nouvelles de l'article 37 dans la loi n° 78-17 du 6 janvier

1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

- il accroît la transparence de la procédure pour les tiers, en prévoyant d'une part la publication et la motivation de l'avis de la *CNIL* et d'autre part que la décision des ministres doit être prise sur avis conforme de la *CNIL* ;

- il rappelle les sanctions pénales applicables en cas de violation *du secret professionnel* ;

- il précise que *sont seules* concernées les données personnelles de santé, et non les données anonymisées ;

- il inclut dans la liste des organismes pouvant obtenir communication, en tant que tiers privilégiés, des informations issues des systèmes d'information en santé, les unions ou organisations professionnelles représentant les médecins et les établissements de santé, notamment les **unions régionales de médecins** exerçant à titre libéral (*URML*) et les fédérations hospitalières privées.

La commission a adopté cet amendement. En conséquence, trois amendements de Mme Muguette Jacquaint, cinq amendements de M. Bernard Accoyer et un amendement de M. François Goulard sont devenus sans objet.

L'article 37 a été ainsi rédigé.

Article additionnel après l'article 37

Médecins titulaires de diplômes extra-européens

La commission a examiné un amendement du rapporteur visant à modifier le statut des praticiens adjoints contractuels et le régime de l'autorisation individuelle d'exercice de la médecine pour les médecins titulaires d'un diplôme extra-européen.

Présentant l'amendement, Mme Yvette Benayoun-Nakache a rappelé que la loi n° 95-116 du 5 février 1995 a créé le statut de praticien adjoint contractuel (*PAC*) destiné à ouvrir à certains médecins n'ayant pas le droit d'exercer la médecine en France, parce qu'ils ne sont pas titulaires d'un diplôme européen, une possibilité d'intégration dans le service public hospitalier. Cet amendement vise tout d'abord à élargir l'accès au statut de *PAC* à tout médecin ayant exercé dans le service hospitalier pendant trois ans avant le 1er janvier 1999. Cet accès sera également ouvert aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial sans condition de **durée d'exercice**. L'inscription des *PAC* au tableau de l'Ordre des médecins ne se fera plus dans une rubrique spécifique.

L'amendement propose ensuite la rénovation, à compter de 2002, de la procédure d'accès à l'exercice de la médecine en France pour les titulaires d'un diplôme extra-européen. Inscrite à l'article L. 356 du code de la santé publique, cette procédure ouvre la voie d'une intégration, pleine et entière. L'autorisation individuelle d'exercer pourra désormais être délivrée, postérieurement à une épreuve de vérification des connaissances et après une période d'exercice de trois ans.

Il est nécessaire pour la **communauté nationale** de reconnaître officiellement le rôle de ces praticiens.

M. Bernard Accoyer s'est inquiété de ces dispositions qui sont, selon lui, de nature à remettre en cause les flux de personnels au sein des professi

**ons médicales ainsi que la maîtrise des coûts de la santé publique. Il a demandé si une étude d'impact faisant le point du nombre de personnes concernées et des coûts générés était disponible et a souhaité que cet amendement, qui va à l'encontre du numerus clausus institué pour la profession de médecin, fasse l'objet d'un large travail préparatoire, comportant notamment l'audition des syndicats professionnels et étudiants afin qu'une solution consensuelle puisse être dégagée.**

**Le rapporteur a indiqué que cet amendement a un double objet :** ouvrir le statut de PAC aux médecins qui ne sont pas de nouveaux entrants puisqu'ils doivent avoir exercé dans le service hospitalier pendant trois ans **avant le 1er janvier 1999** et rénover, à compter de 2002, la procédure de l'autorisation individuelle d'exercice de la médecine en France pour le titulaire d'un diplôme **extra-européen. Cette autorisation individuelle ne pourra être délivrée qu'après une épreuve de vérification des connaissances et une période d'exercice de trois ans.**

**Il a précisé qu'environ 1 200** demandes d'autorisation étaient actuellement en instance et que le nombre moyen annuel d'autorisations était de 50 ces dernières années.

M. Bernard Accoyer a indiqué que 300 régularisations avaient été effectuées pour l'année 1997 et a souhaité connaître le nombre d'autorisations qui seront accordées dans le cadre du nouveau système.

Le *rapporteur* a observé que la procédure prévoirait désormais l'instauration de quotas par discipline et qu'un afflux massif de nouveaux praticiens n'était donc pas à craindre.

Mme Muguette Jacquaint a insisté sur la discrimination flagrante dont ces praticiens étaient l'objet au sein des hôpitaux et sur l'urgence d'y mettre un terme.

Le président Jean Le Garrec a conclu en indiquant qu'il y aurait **assurément un vrai** débat autour de cet amendement d'une grande portée. Au-delà des précisions techniques qu'il faudra sans doute y apporter, il est nécessaire de se pencher sur la situation de ces personnels sans lesquels beaucoup d'hôpitaux ne pourraient pas fonctionner convenablement.

*La commission a adopté cet amendement.*

#### **Article additionnel après l'article 37**

(article L. 116-1 nouveau de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986)

Action sociale au bénéfice de la fonction publique hospitalière

La commission a examiné un amendement du rapporteur visant à donner un caractère pérenne à l'action sociale réalisée par le comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS).

Le rapporteur a indiqué l'article 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires prévoit que les fonctionnaires participent à la définition et à la gestion de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs dont ils bénéficient ou qu'ils organisent. Le ministère chargé des affaires sociales a créé dans ce but en 1963 le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS). Le financement de cette action sociale est assuré par le versement, par les établissements adhérents, d'une contribution dont le taux et l'assiette sont fixés par les ministres chargés des

affaire sociales et de la santé. Le montant global du budget du CGOS est de l'ordre de 1,3 milliards de francs, dont 1,1 milliard pour les prestations mutualisées.

Le rapport de l'IGAS, sur sa mission de contrôle effectuée en 1996-1997 a évoqué plusieurs fois l'absence de fondement juridique des liens existant entre l'Etat et le CGOS. La convention d'agrément signée entre le ministère et l'association, après la réforme de ses statuts *entérinant* le retrait du ministère des instances délibératives du CGOS, est la première étape de cette clarification juridique. Elle est poursuivie par la généralisation et l'uniformisation de l'action sociale financée par les établissements relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales sous la forme de l'**introduction** d'une disposition législative fixant le cadre et les limites de cette action.

L'introduction d'une disposition spécifique dans ce titre permettra de donner un caractère pérenne à cette action sociale et à garantir l'égalité de traitement en la matière à tous les fonctionnaires relevant de la même fonction publique.

*La commission a adopté cet amendement.*

### **Article additionnel après l'article 37**

(article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986)

Congé de formation professionnelle dans la fonction publique hospitalière

La commission a examiné un amendement présenté par le rapporteur visant à instaurer un congé de formation professionnelle au profit des fonctionnaires hospitaliers.

Le rapporteur a indiqué que pour les salariés du secteur privé le code du travail inclut dans le champ des dispositions relatives à la formation professionnelle continue des actions permettant de réaliser et de financer des bilans de compétences dans la perspective d'un changement d'activité. Les agents de l'Etat peuvent également, depuis décembre 1996, recourir à un bilan professionnel sur leur demande et dans la perspective d'une évolution professionnelle ou géographique de leur carrière ou d'un congé de restructuration.

Les agents de la fonction publique hospitalière sont exclus de ce droit faute de pouvoir imputer le financement de ces actions sur les crédits du congé de formation professionnelle. Par ailleurs les agents de l'Etat bénéficient d'un taux de 0,20 % des rémunérations pour le financement des actions du congé de formation professionnelle depuis le décret n° 96-1104 du 11 décembre 1996. L'harmonisation du financement à hauteur de 0,20 % des rémunérations des crédits du congé de formation professionnelle est *donc proposée* pour les agents hospitaliers conformément à la demande du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en sa séance du 23 mars 1998.

Les mesures envisagées transposeraient au profit des fonctionnaires hospitaliers, sous une forme adaptée à leur statut, un droit correspondant à une forte demande des composantes, notamment par la voix de l'Association **nationale pour** la formation permanente des agents hospitaliers (ANFH) organisme paritaire agréé chargé de gérer les crédits du congé de formation professionnelle. Elles sont un élément dans le dispositif d'accompagnement social des restructurations en tant que préalable à des projets de reconversion individuels.

*La commission a adopté cet amendement.*

## Article additionnel après l'article 37

(article L. 713-15 du code de la santé publique)

### Régime juridique des groupements de coopération sanitaire

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à placer les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier dans le champ du groupement de coopération sanitaire.

*Le rapporteur a indiqué que cet amendement a pour objet de revoir la répartition des rôles entre deux formes complémentaires de coopération interhospitalière les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire.*

Le syndicat interhospitalier est destiné à regrouper établissements publics, établissements privés à but lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier et établissements privés concessionnaires du service public. Ces établissements ne peuvent en conséquence constituer entre eux un groupement de coopération sanitaire qui permet de rapprocher un établissement du secteur public et une clinique à but lucratif.

**A l'expérience ce découpage s'avère inadapté au cas des établissements privés concessionnaires du service public qui refusent de travailler avec les procédures lourdes du syndicat interhospitalier soumis à la comptabilité publique. De ce fait des opérations de restructuration impliquant la concession du service public à une clinique ne peuvent aboutir.**

La commission a adopté cet amendement.

## Article additionnel après l'article 37

(article L. 713-15 du code de la santé publique) :

### *Adhésion des établissements médico-sociaux aux syndicats interhospitaliers*

**La commission** a examiné un amendement de M. Claude Evin, ayant pour but de permettre à des établissements médico-sociaux d'adhérer à des syndicats interhospitaliers.

**Le rapporteur a indiqué que cet amendement a pour but de permettre à des établissements sociaux d'adhérer à des syndicats interhospitaliers.**

La commission a adopté cet amendement.

## Article additionnel après l'article 37

(article L. 713-5 du code de la santé publique)

### Régime juridique des syndicats interhospitaliers

La commission a examiné un amendement du rapporteur ayant pour objet de modifier le régime juridique des syndicats interhospitaliers, pour qu'ils puissent exercer certaines des missions d'un établissement de santé.

Le rapporteur a indiqué que cet amendement a pour objet de modifier le régime juridique des syndicats interhospitaliers. Certains établissements publics de santé peuvent être amenés à gérer ensemble des activités de soins de façon coordonnée, avec une mise en commun de praticiens et de personnels soignants. Le syndicat interhospitalier qui est la structure normale de coopération entre deux établissements publics de santé ne permet cependant pas cette gestion

commune d'activités de soins car le code de *la santé* publique réserve à cette compétence aux établissements de santé. Or, si le syndicat interhospitalier est un établissement public, il n'a pas la qualité d'établissement public de santé.

*La fusion des établissements composant le syndicat pour créer un nouvel établissement hospitalier est manifestement une **solution trop lourde**. Il est donc proposé de permettre aux syndicats interhospitaliers d'exercer, si besoin - ce besoin étant apprécié par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) - certaines des missions d'un établissement de santé. Cet assouplissement de la loi permettra de donner aux ARH un outil supplémentaire de rationalisation de l'offre de soins.*

La commission a adopté cet amendement.

Article additionnel après l'article 37

(article L. 712-12-1 du code de la santé publique)

Transfert de clinique privée

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à renforcer les pouvoirs de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) en cas de transfert de cliniques.

Le rapporteur a indiqué que cet amendement a pour objet de renforcer les pouvoirs de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) en cas de transfert de clinique.

Lorsqu'une clinique change de lieu d'implantation, ce transfert est soumis à nouvelle autorisation de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH). Toutefois l'ARH n'est en droit ni de s'opposer au changement de site s'il se fait à l'intérieur du même district sanitaire ni d'imposer une révision des engagements relatifs au volume d'activité prévus par l'article L. 712-12-1 du code de la santé publique. Or, il est fréquent que ce type de **déménagement qui s'accompagne d'investissements immobiliers lourds** conduise la clinique à accroître son activité et à déséquilibrer la répartition de l'offre de soins locale.

*L'amendement propose donc de permettre à l'ARH de revoir, dans ce cas, les éléments fixés par le contrat d'objectifs et de moyens et en particulier les éléments tarifaires. En dotant les ARH d'un moyen de contrôle de l'activité **des cliniques** privées qui fait actuellement défaut, cette disposition contribuera à l'équilibre de l'assurance maladie. Cet amendement est la reprise de l'article 32 de la loi de financement pour 1999 qui a été censuré par le Conseil constitutionnel au motif qu'il s'agissait d'un « cavalier social ».*

La commission a adopté cet amendement.

Article additionnel après l'article 37

(article L. 710-8 nouveau du code de la santé publique)

Création d'un groupement d'intérêt public pour la modernisation du système d'information hospitalier

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à créer un groupement d'intérêt public pour la modernisation du système d'information hospitalier.

Le rapporteur a indiqué que les établissements publics de santé s'attachent à poursuivre l'informatisation de leurs activités. Toutefois, l'informatique hospitalière reste marquée par une assez grande hétérogénéité, qu'il s'agisse des matériels ou des applicatifs utilisés. De même, les activités de l'hôpital sont diversement couvertes par des solutions informatiques : si les fonctions administratives et, à un moindre degré, logistiques, le sont correctement, il n'en est pas de même des unités de soins pour lesquelles un effort important reste encore à produire.

Il s'agit donc de faire en sorte que les établissements s'accordent sur les éléments d'un langage commun permettant à leurs systèmes d'information de communiquer entre eux et avec ceux des autres acteurs de santé. *Seule une* démarche collective peut conduire à cette évolution, dans de bonnes conditions d'efficacité et d'économie de moyens. Il appartient aux pouvoirs publics de créer et d'organiser un cadre propice pour que cette démarche puisse se développer.

Cette mission de normalisation, de promotion de standards, d'évaluation, d'aide méthodologique ou de veille **technologique en matière d'informatique hospitalière** pourrait être confiée à un groupement d'intérêt public (GIP), dénommé « *Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier* ». *Ce groupement rassemblera les établissements publics de santé volontaires et sera également ouvert aux établissements de santé privés.*

La commission a adopté cet amendement.

## Article additionnel après l'article 37

(article L. 714-32 nouveau du code de la santé publique)

### Honoraires des praticiens exerçant une activité libérale

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à obliger les praticiens libéraux à percevoir leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

*Le rapporteur a indiqué que les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital - ce qu'on appelle le « secteur privé » - reversent une partie de leurs honoraires à l'établissement. Cette redevance est soit prélevée à la source, soit versée trimestriellement, selon que le praticien a choisi, comme le prévoit l'article L 714-32 du code de la santé, de percevoir ses honoraires par l'intermédiaire de l'établissement ou directement.*

En pratique la perception directe a été retenue par la quasi-totalité des praticiens et le calcul de la redevance repose sur les déclarations d'activité du **praticien**. **Dans son rapport 1997 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes souligne que** les contrôles opérés par les chambres régionales, par rapprochement avec les données portant sur le remboursement des actes, ont fait ressortir « une fréquence élevée de minorations de déclarations, parfois pour des volumes importants d'honoraires ».

**Comme les conventions nationales des médecins généralistes et spécialistes de 1997 l'avaient stipulé, il convient d'obliger désormais les praticiens à percevoir leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière, « ce qui devrait réduire dans une large mesure les cas de minoration de déclaration. » (rapport de la Cour des comptes).**

**Après que M. Marcel Rogemont eut insisté sur l'intérêt de cet amendement, la commission l'a adopté.**

## Article additionnel après l'article 37

(articles L. 714-1, L. 714-12, L. 714-4, L. 774-16 et L. 714-18 du code de la santé publique)

### Création des établissements publics de santé interhospitaliers

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à créer des établissements publics de santé *interhospitaliers*, afin de permettre à des établissements publics de santé de regrouper leurs activités de soins.

Le rapporteur a souhaité l'adoption de cet amendement bien qu'il s'agisse de la création d'une nouvelle structure juridique de coopération hospitalière, ce qui serait une mesure lourde de conséquences. Il convient néanmoins de se réserver la possibilité de retirer ultérieurement cet amendement, le cas échéant. Un débat sur ce sujet doit en effet avoir lieu avec le Gouvernement.

**La commission a adopté cet amendement.**

## Article additionnel après l'article 37

(article L. 713-11-3 nouveau du *code de la santé publique*)

### Création des fédérations médicales interhospitalières

La commission a adopté un amendement de M. Claude Evin visant à créer des fédérations médicales interhospitalières en vue de rapprocher leurs activités médicales, notamment en ce *qui concerne* la chirurgie et l'activité périnatale.

Après l'article 37

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean-Luc Préel visant à autoriser un centre **hospitalier à recruter** des praticiens hospitaliers par contrat d'une durée maximale de cinq ans, afin de faciliter une opération *de re* structuration. Après que le rapporteur eut indiqué que cet amendement remettait en cause le statut de praticien public, la commission l'a rejeté.

Un amendement de M. Claude Evin visant à donner au préfet, en cas d'urgence **la possibilité** de suspendre immédiatement le droit d'exercer d'un médecin en cas de manifestation pathologique qui le rendrait *dangereux* dans l'*exercice* de sa profession a été retiré par le rapporteur.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean-Luc Préel visant à donner une formation aux médecins sur la maladie d'Alzheimer. Après que le rapporteur eut considéré que cet amendement ne rentrait pas dans le cadre du titre IV du projet de loi, la commission l'a rejeté.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Bernard Accoyer, visant à instaurer une mention obligatoire des composants **alimentaires allergènes** sur l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées. Après que le rapporteur eut *considéré* que cet amendement ne rentrait pas dans le cadre du titre IV du projet de loi, la commission l'a rejeté.

La commission a rejeté un amendement, présenté par M. Yves Bur, prévoyant que les institutions médico-sociales financées par l'aide sociale départementale sont soumises au respect d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Bernard Accoyer visant à transférer aux tribunaux des affaires de sécurité sociale **le contentieux des mesures de mise hors** convention des praticiens et auxiliaires médicaux. Après que le rapporteur eut indiqué souhaiter confirmer la compétence du juge administratif en la *matière*, la commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a ensuite examiné cinq amendements présentés par M. Jean-Luc Préel ayant respectivement pour objet :

- de demander une révision du statut de praticien hospitalier ;	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
- d'associer la médecine du travail aux programmes de prévention des maladies mortelles évitables ; - de créer une Agence nationale de prévention et d'éducation à la santé ;  - de mettre en œuvre des mesures de sécurité anesthésique ;	—	—

		TITRE IV
TITRE IV		Code de la santé publique Modernisation sanitaire et sociale
Modernisation sanitaire et sociale		Livre III <b>Lutte contre les fléaux sociaux</b> Titre VII Lutte contre l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine
Article 32 L'article L. 355-23 du code de la santé publique est ainsi rédigé :	Article 32 Sans modification	
	Art. L. 355-23.- Dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine	« Art. L. 355-23.- Dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.
		Les conditions de désignation et le <b>fonctionnement</b> de ces consultations sont fixés par décret. Ce même décret précise les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie.
		« Ces consultations peuvent également être habilitées par le représentant de l'Etat à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre d'autres maladies transmissibles et notamment les hépatites virales.» Un décret fixe les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes aux missions énoncées aux premier et deuxième alinéas sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie. »
		livre ier
Généralités. Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base		titre vi Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

		chapitre 1er Dispositions relatives aux prestations
		Section 4 Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé
<i>Article 33</i> I.- Le II de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :	<b>Article 33</b> <b>I.- Alinéa sans modification</b>	
Art. L. 161-31.- II.- Cette carte comporte un volet médical destiné à recevoir les informations pertinentes nécessaires à la continuité et à la coordination des soins mentionnées à l'article L. 162-1-4.	« II.- Cette carte comporte un volet de santé défini à l'article L. 162-1-6, destiné à recevoir les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi qu'à la continuité et à la coordination des soins. »« II.- Cette carte comporte un volet de santé défini à l'article L. 162-1-6, , destiné à ne recevoir que les informations ... ... ainsi que les éléments permettant la continuité ... ...soins. » Amendement n°6	
Chapitre 2 du titre VI du Livre Ier Dispositions générales relatives aux soins	II.- L'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :	II.- Alinéa sans modification
	Art. L. 162-1-6.- Le carnet de santé peut être porté sur le volet de la carte mentionnée à l'article L 161-31 à partir d'une date arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le titulaire de la carte, ou le cas échéant son représentant légal, <i>peut s'opposer à ce que certaines informations y soient mentionnées. Il peut obtenir, par l'intermédiaire d'un médecin, copie sur papier des informations de santé que le volet de santé contient. Certaines des catégories d'informations du volet de santé peuvent être rendues accessibles, dans l'intérêt du titulaire et dans la limite de leur compétence propre, aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale. Un décret en Conseil d'Etat pris après avis motivé et public du Conseil national de l'ordre des médecins précise la nature des informations portées sur le volet de santé et les conditions d'accès à celui-ci.</i>	« Art. L. 162-1-6.- I.- Chaque professionnel de santé habilité conformément au 2° du IV du présent article porte sur le volet de santé les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi qu'à la continuité et à la coordination des soins.

<p>« Art. L. 162-1-6.- I.- Chaque professionnel de santé habilité conformément au 2° du IV du présent article porte sur le volet de santé de la carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31, dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables et dans l'intérêt du titulaire de la carte, les informations ...</p> <p>... soins. » Amendement n°7</p>	<p>« Ces mentions sont subordonnées, s'agissant des majeurs non placés sous un régime de tutelle, à l'accord du titulaire de la carte et, s'agissant des mineurs, à l'accord du ou des parents exerçant l'autorité parentale, ou, le cas échéant, du tuteur. Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné à l'alinéa précédent peuvent conditionner l'accès à une partie des informations contenues dans le volet de santé à l'utilisation d'un code secret qu'elles auront elles-mêmes établi. Alinéa sans modification</p>	
	<p>« II.- Le titulaire de la carte, ou son représentant légal, s'il s'agit d'un majeur sous tutelle, peuvent avoir accès, y compris à des fins d'exercice d'un droit de rectification, au contenu du volet de santé de la carte, par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité de leur choix et pour les informations auxquelles ce professionnel a lui-même accès. S'agissant d'un mineur, ce droit appartient aux parents exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, au tuteur de l'intéressé. » Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné au deuxième alinéa du I du présent article sont informées par le professionnel de santé des modifications du contenu du volet de santé auxquelles ce professionnel a l'intention de procéder. Ces personnes peuvent s'opposer à ce que des informations soient mentionnées sur le volet de santé de la carte. Elles peuvent obtenir d'un médecin habilité la suppression d'informations qui y auraient été inscrites. Alinéa sans modification</p>	

	« III.- Les professionnels de santé qui effectuent des remplacements <b>disposent des mêmes</b> droits de consultation, d'inscription et d'effacement que le professionnel qu'ils remplacent.« III.- Alinéa sans modification	
	« Les internes et résidents en médecine, odontologie ou pharmacie sont habilités à consulter, écrire et effacer des informations sous la responsabilité et dans les mêmes conditions que les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sous la responsabilité desquels ils sont placés.Alinéa sans modification	« IV.- Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe :
« IV.- Un... ...avis public et motivé du Conseil...  ...fixe : Amendement n° 8		
<b>« 1° La nature des informations portées sur le volet de santé et les modalités d'identification des professionnels ayant inscrit des informations sur le volet de santé ;</b>	<b>« 1° Alinéa sans modification</b>	
	<b>« 2° Les conditions dans lesquelles, selon les types d'information, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale, sont habilités à consulter, inscrire ou effacer ces informations et les modalités selon lesquelles ces opérations sont exécutées à l'occasion de la dispensation des soins ou de la délivrance des prestations ;</b> « 2° Alinéa sans modification	
	« 3° Les catégories d'informations dont l'accès peut être conditionné à l'utilisation d'un code secret établi par le titulaire ;	« 3° Alinéa sans modification
	<b>« 4° Les catégories d'informations dont il ne peut être délivré copie.» 4° Alinéa sans modification</b> <b>« IV bis.- La date à partir de laquelle le volet de</b>	<b>Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins</b>

	TITRE IV	
	<b>Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé.</b>	
	<p><b>Art. 8.- I.- Le 31 décembre 1998 au plus tard, les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie doivent être en mesure, chacun pour ce qui le concerne, d'émettre, de signer, de recevoir et de traiter des feuilles de soins électroniques ou documents assimilés conformes à la réglementation. A la même date, chaque professionnel concerné doit avoir reçu la carte électronique mentionnée à l'article L 161-33 du code de la sécurité sociale. A la même date, tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit avoir reçu la carte électronique individuelle visée au I de l'article L 161-31 du code de la sécurité sociale ou, par dérogation, figurer en qualité d'ayant droit sur la carte électronique d'un assuré. Cette dérogation prend fin au 31 décembre 1999.</b></p> <p>..... .....</p>	

		Code de la santé publique
« III.- La dernière phrase du premier alinéa du I de l'article 8 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est abrogée. » Amendement n° 11		
		Livre IV Professions médicales et auxiliaires médicaux
Titre II Profession d'infirmier ou d'infirmière		Chapitre 1er Conditions auxquelles est subordonné l'exercice de la profession
Article 34	Article 34	
Art. L. 474.- Nul ne peut exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 474-1.	I.- A l'article L. 474 du code de la santé publique, les mots : “ Nul ne peut exercer la profession d'infirmier ” sont remplacés par les mots : “ Sous réserve des dispositions des articles L. 474-2 et L. 477-1, nul ne peut exercer la profession d'infirmier ”.	Sans modification
		II.- Au livre IV titre II chapitre 1er du code de la santé publique sont insérés les articles L. 474-2, L. 474-3 et L. 477-1 ainsi rédigés :

		<p>« Art. L. 474-2.- Un diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique est attribué de droit aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique. Le diplôme d'Etat d'infirmier est délivré par l'autorité administrative, sur proposition d'une commission composée en nombre égal de médecins, d'infirmiers diplômés d'Etat et d'infirmiers de secteur psychiatrique titulaires d'un diplôme de cadre de santé, aux candidats qui ont suivi un complément de formation. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
		<p>« Art. L. 474-3.- Les infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique peuvent exercer la profession d'infirmier dans les établissements publics de santé, dans les syndicats interhospitaliers, dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, dans les établissements de santé privés recevant des patients souffrant de maladies mentales, ou dispensant <i>des soins de</i> longue durée, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dans les établissements et services mentionnés à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, dans les centres spécialisés de soins aux</p>

	<p>« Art. L. 477-1.- Les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre, délivré par l'autorité compétente d'un Etat membre ou d'un Etat partie, qui, sans remplir les conditions mentionnées à l'article L. 474-1, permet néanmoins l'exercice de la profession d'infirmier dans cet Etat, peuvent bénéficier d'une autorisation d'exercer la profession d'infirmier délivrée par l'autorité administrative.</p>	
	<p><b>« Lorsque la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme du diplôme d'Etat d'infirmier ou lorsqu'une ou plusieurs des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné à la possession de ce diplôme ne sont pas réglementées dans l'Etat d'origine ou de provenance ou sont réglementées de manière différente, l'autorité administrative peut exiger, après avis d'une commission instituée à cet effet, 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 un an et qui fait l'objet d'une évaluation. Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret. »</b></p> <p>Article additionnel(Art. L. 474 du code de la santé publique : cf ci-dessus)L'article L. 474 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	

	<p>« Par dérogation au présent article, peuvent accomplir des actes d'assistance auprès d'un praticien au cours d'une intervention chirurgicale les personnels aides opératoires et aides instrumentistes exerçant cette activité professionnelle depuis une durée au moins égale à six ans avant la publication de la loi n°... du... portant création d'une couverture maladie universelle et ayant satisfait à une épreuve de certification des compétences dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>Amendement n°12</p>	
		<p>Article additionnel</p>
		<p>I.- Lorsqu'un agent appartenant à la fonction publique hospitalière doit, dans le cadre de la politique de sectorisation de la psychiatrie, exercer à titre permanent ses fonctions dans une structure autre que son établissement d'origine, il peut opter, du point de vue de sa situation administrative, entre :</p>
		<p>- soit le maintien dans sa résidence administrative d'origine,</p>
		<p>- soit l'affectation dans sa résidence administrative d'accueil.</p>
		<p>Cette option doit être exercée dans les trente jours suivant la prise de fonction dans l'établissement d'accueil. Elle emporte les conséquences de droit en terme d'indemnisation au titre des frais de mission. En l'absence d'exercice de cette option, l'agent est réputé avoir opté pour l'affectation dans sa résidence administrative d'accueil.</p>
		<p>II.- Le taux de la taxe prévue aux articles 575 et 575 A du code général des impôts est relevé à due concurrence.</p> <p>Amendement n° 13</p>
	<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Section 4 du chapitre 2 du titre VI du Livre 1ER</p> <p>Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques</p>	<p>Article 35</p> <p>I.- La section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est modifiée comme suit :</p>

<p>Article 35</p> <p>Sans modification</p>		<p>Art. L. 162-16-1.- Le prix de <i>vente</i> au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le comité économique du médicament conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des <i>volumes</i> de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.</p>
<p>a) L'article L. 162-16-1 devient l'article L. 162-16-4 ;</p>		
<p>Ce prix comprend les marges prévues par l'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur</p>		
<p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent <i>article</i>, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.</p>		
<p>Sont constatées et <i>poursuivies, dans les conditions</i> fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>		
<p>Art. L. 162-16.- Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.b) Après l'article L. 162-16, sont insérés les articles L. 162-16-1 à L.162-16-3 ainsi rédigés :</p>		
<p>Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.</p>		

<p>« Art. L. 162-16-1.- Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, d'autre part.</p>		
<p>« La convention détermine notamment :</p>		
<p>« 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;</p>		
<p>« 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;« 3° Les thèmes de formation correspondant aux objectifs de l'assurance maladie susceptibles être retenus et les modalités de financement ;« 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des <i>frais</i> ;</p>		
<p>« 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques.« Le conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.« La convention et ses <i>avenants</i>, <i>lors de</i> leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>	<p>« l'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.</p>	

<p>« Art. L. 162-16-2.- Un bilan annuel relatif à l'application de la convention et à la situation économique des officines auxquelles s'appliquent ladite convention et en relation avec les prestations prises en charge par l'assurance maladie est établi par les parties signataires.» Art. L. 162-16-3.- I.- Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-1 sont applicables à la personne qui remplace régulièrement le pharmacien titulaire de l'officine, pour la durée du remplacement, dans les conditions prévues à l'article L. 580 du code de la santé publique.</p>	<p>« II.- Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre de l'article L. 162-16-1 sont applicables aux pharmaciens assistants de l'officine. » ;</p>	
	<p>c) L'article L. 162-16 est ainsi modifié :</p>	
<p>Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du deuxième alinéa de l'article L. 512-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à un montant ou à un pourcentage déterminé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.</p> <p>- au deuxième alinéa, les mots : « par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget » sont remplacés par les mots : « par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget. »</p>		



<p>En cas d'inobservation de cette condition, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée à l'alinéa précédent, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.</p>	<p><b>- au troisième alinéa, les mots : « par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget » sont remplacés par les mots : « par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget. »</b></p>	
	<p><b>Art. L. 162-33.- Dans un délai déterminé, précédant l'échéance, tacite ou expresse, de la convention, le ou les ministres compétents provoquent une enquête de représentativité afin de déterminer les organisations syndicales nationales les plus représentatives qui participeront à la négociation et à la signature éventuelles des conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9, en fonction des critères suivants : effectifs, indépendance, cotisations, expérience et ancienneté du syndicat.</b></p>	<p>II.- A l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, les mots : « et L. 162-12-9 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-12-9 et L. 162-16-1. »;</p>
		<p>III.- La section IV du chapitre Ier du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</p>
		<p>Art. L. 161-34.- Les conventions nationales, contrats nationaux, ou les dispositions applicables en l'absence de convention ou de contrat, mentionnés au chapitre 2 du présent titre et, pour les pharmaciens d'officine, une convention nationale spécifique <i>approuvée par arrêté</i> interministériel précisent, pour chaque profession ou établissement concernés et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. A défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le</p>

2° Il est créé, après l'article L. 161-35, un article L. 161-36 ainsi rédigé :		
« Art. L. 161-36.- Le conditionnement des médicaments inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 doit comporter des informations relatives à ces médicaments et destinées aux organismes d'assurance maladie.		
« Le contenu, le support et le format de ces informations sont fixés par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise également les modalités d'utilisation de ces informations, notamment aux fins de contrôle par les organismes d'assurance maladie. »		Code de la santé publique
		Livre V Pharmacie
		Titre II Dispositions particulières aux divers modes d'exercice de la pharmacie
		<i>Chapitre 4 Agrément des spécialités pharmaceutiques, des produits sous cachet et des sérums et vaccins pour l'usage des collectivités publiques et des institutions de sécurité sociale</i>
	<b>Section 3</b> Dispositions communes	
		Art. L. 625.- Les médicaments mentionnés à l'article L. 601 du présent livre, achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques et par les organismes de sécurité sociale doivent comporter sur leur conditionnement, à l'exclusion des spécialités pharmaceutiques présentées sous un conditionnement réservé aux hôpitaux, une vignette portant la dénomination du produit et le prix prévu à l'alinéa 1er de l'article L. 593.

<p>IV.- L'article L. 625 du code de la santé publique est abrogé.</p>		<p>Il est interdit d'apposer une vignette sur le conditionnement des spécialités pharmaceutiques ne figurant pas sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.</p>
		<p>La vignette de tout produit délivré sans prescription médicale ainsi que celle de tout produit fourni à un établissement de soins, et inclus dans le prix de journée de cet établissement, doivent être obligatoirement estampillées par le pharmacien. Cet estampillage a pour effet de supprimer la possibilité de remboursement concernant le médicament.</p>
<p>La vignette doit répondre aux caractéristiques qui sont fixées par décret en vue de permettre le contrôle de l'utilisation du produit par l'utilisateur.</p>		
<p><i>Article 36</i> Article 36 Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité des dites conventions nationales : Alinéa sans modification</p>		
<p>1° Tous les actes pris en application de la convention nationale des médecins généralistes conclue le 12 mars 1997, de ses annexes et avenants en date des 11 juillet <b>1997, 30 décembre 1997</b> et 6 mars 1998, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>2° Tous les actes pris en application de la convention nationale des médecins spécialistes conclue le 12 mars 1997, de ses annexes et avenants en date des 17 juillet 1997, 30 décembre 1997 et 10 février et 18 mars 1998, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>3° Tous les <b>actes pris en application de la convention nationale des médecins généralistes conclue le 26 novembre 1998 et de ses annexes</b>, à l'exception de ceux fondés sur les articles 7-3 à 7-8 de ladite convention et de ceux ayant le caractère d'une sanction. <i>Amendement n°14</i></p>

<p><i>Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés</i> Chapitre V bis Article 37</p>	<p>Article 37</p>	
<p>Traitements automatisés de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.- <i>Après l'article 40-10 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est inséré un chapitre V ter ainsi rédigé :</i></p>		
<p><i>« Chapitre V ter « Traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soin et de prévention</i></p>		
<p><i>Les traitements de données personnelles de santé qui ont pour fin l'évaluation des pratiques de soins et de prévention ou l'analyse des activités de soins et de prévention sont autorisés dans les conditions prévues au présent article.» Art. 40-11.- Les...</i></p> <p>...présent chapitre.</p>		
<p><i>Les données issues des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, ainsi que celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie, sont transmises, sous une forme garantissant l'anonymat des personnes concernées, aux services des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, aux agences régionales de l'hospitalisation, aux organismes d'assurance maladie, ainsi qu'aux organismes chargés d'une mission d'évaluation des pratiques de soins et de prévention ou d'analyse des activités de soins et de prévention dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat. « Art. 40-12.- I.- Les services des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, les agences régionales de l'hospitalisation, les organismes d'assurance maladie, les unions ou</i></p>		

*dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.* « II.- Les données ainsi communiquées ne comportent ni le nom, ni le prénom du patient, ni son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Le traitement de ces données par l'administration ou l'organisme destinataire est effectué dans le respect des dispositions de la présente loi.

<p>Ces données peuvent également être communiquées, dans les mêmes conditions, à des personnes ou organismes autres que ceux mentionnés au premier alinéa sur décision des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé prise après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés.</p>	<p>« Art. 40-13.- Les données personnelles de santé peuvent également être communiquées, dans les mêmes conditions que celles prévues <i>par le II de l'article 40-12</i>, à des personnes ou organismes autres que ceux mentionnés par <i>le I de l'article 40-12</i>, sur décision des <i>ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé</i> prise sur avis conforme, public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p>	
<p>Les traitements effectués par les organismes visés aux deux alinéas précédents ne peuvent servir à des fins de recherche ou d'identification des personnes. Les personnes appelées à mettre en œuvre ces traitements ainsi que celles qui ont accès aux données faisant l'objet des traitements, ou aux résultats de ceux-ci lorsqu'ils demeurent indirectement nominatifs, sont astreintes au secret professionnel.</p>	<p>« Art. 40-14.- Les traitements effectués par les organismes visés aux articles 40-12 et 40-13 ne peuvent...  ...secret professionnel sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.</p>	
	<p><i>Les résultats de ces traitements ne peuvent faire l'objet d'une communication, d'une publication ou d'une diffusion que si l'identification des personnes sur l'état de santé desquelles ces données ont été recueillies est impossible.</i> Alinéa sans modification</p>	
<p>Loi n° 93-8 du 04 Janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie</p>		
<p>Titre 2 Dispositions relatives aux unions de médecins exerçant à titre libéral</p>		

	<p>Art. 8.- Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
	<p>Les sections constituant les unions établissent chaque trimestre, avec le <b>concours de l'union régionale des caisses d'assurance maladie</b>, une analyse <i>de l'évolution des dépenses</i> médicales et communiquent les conclusions à l'ensemble des médecins <i>libéraux de leur ressort ainsi qu'à l'Etat qui en assure</i> la synthèse et la diffusion à toutes fins utiles.</p>	
<p>« II.- La première phrase du dernier alinéa de l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie est complétée par les mots : « ou à défaut ne comportent ni le nom, ni le prénom du patient, ni son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physique. ».</p>		<p><i>Code de la santé publique</i></p>
	Livre 7	
	Etablissements de santé, <i>thermo</i> climatisme, laboratoires	
	Titre 1	
	Etablissements de santé	
	Chapitre 1 A	
	Principes fondamentaux	
	Section 3	
	L'analyse de l'activité et les systèmes d'information	

		<p>Art. L. 710-7.- I.- Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.</p>
		<p>Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en œuvre, sous <b>le contrôle de l'Etat au plan national</b> et des <i>agences</i> au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire dans le respect des dispositions du présent titre.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p><i>« III.- Dans le dernier alinéa du I de l'article L. 710-7 du code de la santé publique, après les mots : « respectant l'anonymat des patients », sont insérés les mots : « ou à défaut ne comportant ni le nom, ni le prénom du patient, ni son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, ».</i></p> <p>Amendement n°15</p>	
		<b>Article additionnel</b>
	<p>I.- Par dérogation aux 1° et 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, les personnes étrangères titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 dudit code, ou françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat dont la valeur scientifique est attestée par le ministre chargé des universités et qui ont exercé, pendant trois ans au moins avant le 1er janvier 1999, dans des établissements publics de</p>	

	<p>Les intéressés doivent avoir satisfait à des épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001 et définies par des <i>dispositions</i> réglementaires prises en application du cinquième alinéa de l'article L. 714-27 du code de la santé publique. Par dérogation aux dispositions qui <i>précèdent</i>, les personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride et les bénéficiaires de l'asile territorial, ainsi que les personnes françaises titulaires d'un diplôme étranger ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises peuvent faire acte de candidature à ces épreuves sans remplir <i>les conditions</i> visées à l'alinéa précédent.</p>	
	<p>En vue notamment de garantir la sécurité sanitaire, les conditions dans lesquelles ces médecins sont recrutés et exercent leur activité sont déterminées par décret en <i>Conseil d'Etat</i>.</p>	
	<p>La durée maximum pour laquelle l'autorisation peut être accordée ainsi que les modalités selon laquelle elle est délivrée sont fixées par décret.</p>	
	<p>Les médecins titulaires d'une des autorisations instituées par le présent article sont tenus de respecter les principes et règles mentionnés à l'article L. 382 du code de la santé publique. Ils sont inscrits au tableau de l'ordre des médecins et soumis à la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.</p>	
	<p>Les dispositions du présent article constituent des dispositions spéciales ou des exceptions au sens du 1° et du 2° de l'article L. 372 du code de la santé publique pour l'application dudit article dudit code.</p>	

	<p><i>A compter de la publication de la présente loi, et sous réserve des dispositions qui précèdent, les établissements publics de santé ne peuvent plus recruter de nouveaux médecins titulaires de diplômes, titres ou certificats délivrés dans des pays autres que ceux faisant partie de la Communauté européenne et que les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et Andorre, que s'ils remplissent les conditions prévues à l'article L. 356 2° du code de la santé publique, sauf s'ils justifient avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la présente loi.</i></p>	
	<p>Les dispositions de l'alinéa précédant ne s'appliquent pas aux personnes venant préparer un diplôme de spécialité en France et ce uniquement pour la durée de la formation et aux personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride ou de bénéficiaire de l'asile territorial.</p>	
	<p>Les personnes ayant exercé pendant trois années les fonctions de contractuel prévues au premier alinéa de l'article 3 ci-dessus, peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé à exercer la médecine en France après avis de la commission mentionnée à l'article L 356 2° du code de la santé publique.</p>	
	<p>Peuvent être également autorisées à exercer la médecine dans les mêmes conditions, les personnes ne remplissant pas la condition de durée des fonctions fixées à l'alinéa précédent, mais ayant à la fois satisfait aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa de l'article 3 ci-dessus et exercé des fonctions hospitalières pendant six années.</p>	
	<p>Nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.</p>	
<p><b>Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social</b></p>	<p><b>Art. 3.- Par dérogation aux 1° et 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, les personnes étrangères titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 dudit code ou françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre</b></p>	

des fonctions dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé participant au service public hospitalier.

	<p>En vue notamment de garantir la sécurité sanitaire, les conditions dans lesquelles ces médecins sont recrutés et exercent leur activité sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	
	<p>Par dérogation à l'article L. 356 du code de la santé publique, des personnes de nationalité française ou étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue d'exercer des fonctions d'enseignement et de recherche, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé à exercer temporairement la médecine dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles exercent des fonctions hospitalières et universitaires <i>en qualité</i> de médecin depuis au moins six ans.</p>	
	<p>Par dérogation à l'article L. 356 du code de la santé publique, des personnes de nationalité française <i>ou</i> étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue de compléter leur formation, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé à exercer temporairement la médecine dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles justifient de leur qualité de médecin et d'une <i>fonction</i> hospitalière et universitaire au sein d'un établissement hospitalo-universitaire, depuis au moins trois ans.</p>	
	<p><i>La durée maximum pour laquelle l'autorisation peut être accordée ainsi que les modalités selon lesquelles elle est délivrée sont fixées par décret.</i></p>	

	<p>Les médecins titulaires d'une des autorisations instituées par le présent article sont tenus de respecter les principes et règles mentionnés à l'article L. 382 du code de la santé publique. Ils sont soumis à la juridiction disciplinaire de l'ordre des médecins.</p> <p>L'inscription au tableau de l'ordre des médecins prévue par le 3° de l'article L. 356 du code de la santé publique a lieu sous des rubriques spécifiques distinctes.</p>	
	<p>Les dispositions du présent article constituent des dispositions spéciales ou des exceptions au sens du 1° et du 2° de l'article L. 372 pour l'application dudit article dudit code.</p>	
	<p><i>A compter du 1er janvier 1996, les établissements publics de santé ne peuvent plus recruter des médecins titulaires de diplômes délivrés dans des pays autres que ceux faisant partie de la Communauté européenne et que les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et Andorre, à l'exception des personnes venant préparer un diplôme de spécialité en France, et ce, uniquement pour la durée de la formation, ainsi que des personnes recrutées comme chefs de clinique des universités assistants des hôpitaux associés, des personnes autorisées à exercer la médecine en France par le ministre chargé de la santé selon la procédure prévue au 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique et des personnes recrutées en application du présent article.</i></p>	

<p><i>Code de la santé publique</i></p> <p><i>Livre 4</i> <i>Professions médicales et auxiliaires médicaux</i> <i>Titre 1</i> <i>Professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme</i> Chapitre 1 <b>Exercice de la profession</b> <b>Section 1</b> <b>Conditions auxquelles est subordonné l'exercice de la profession</b></p>		
<p>Art. L. 356.- Nul ne peut exercer la profession de médecin , de chirurgien-dentiste ou de sage-femme en France s'il n'est :</p> <p>..... ..... III.- A.- Les troisième à sixième alinéas du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique sont remplacés par des alinéas ainsi rédigés :</p>		<p><i>2° De nationalité française ou ressortissant de l'un des Etats membres de la communauté européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées aux alinéas 4 à 9 du présent article, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés à l'alinéa 4 ci-après.</i></p>
		<p><i>Toutefois, lorsqu'un Etat étranger accorde à des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes nationaux français ou ressortissants français, le droit d'exercer leur profession sur son territoire, le ressortissant de cet Etat peut être autorisé à pratiquer son art en France par arrêté du ministre de la Santé publique et de la population, si des accords ont été passés à cet effet avec cet Etat et si l'équivalence de la valeur scientifique du diplôme est reconnue par le ministre de l'Education nationale. Ces accords, conclus avec l'agrément du ministre de la santé publique et de la population, devront comporter obligatoirement la parité effective et stipuleront le nombre des praticiens étrangers que chacun des deux pays autorisera à exercer sur son territoire. Les autorisations seront données individuellement, après avis des organisations syndicales nationales et des ordres intéressés, aux praticiens ayant satisfait à l'examen de</i></p>

	<p>En outre, le ministre chargé de la santé publique peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations syndicales nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer :</p>	
<p>« En outre, le ministre chargé de la santé <i>peut</i>, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé des universités. Ces personnes doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances qui, en ce qui concerne les médecins, sont organisées pour une ou plusieurs disciplines ou spécialités.- des personnes étrangères titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L 356-2 ; - des personnes françaises ou étrangères, titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique reconnue équivalente par le ministre chargé des universités à celle d'un diplôme français permettant l'exercice de la profession et qui ont subi avec succès des épreuves définies par voie réglementaire.</p>		

<p>Lorsqu'un établissement hospitalier, établi sur le territoire français par un organisme étranger, a obtenu la reconnaissance d'utilité publique avant le 10 juin 1949, le ministre de la santé publique et de la population peut autoriser, par arrêté individuel, certains praticiens attachés à cet établissement à exercer leur art en France, par dérogation aux dispositions des paragraphes 1° et 2° du présent article et après avis des organisations nationales intéressées. Ces praticiens devront être inscrits au tableau de l'ordre intéressé. Le nombre maximum par établissement hospitalier de ces praticiens autorisés est fixé par arrêté conjoint du ministre de la santé publique et de la population et du ministre des affaires étrangères, et l'autorisation n'est valable que pour la période durant laquelle lesdits praticiens sont effectivement attachés à cet établissement ;« Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et en ce qui concerne les médecins, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, en accord avec la commission susmentionnée. Les médecins doivent en outre avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières.</p> <p>« Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de ladite commission autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un Etat autre que ceux membres de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat <i>ou autre titre obtenu</i> dans l'un de ces Etats.« <i>Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de sélection et à l'autorisation d'exercice.</i> »</p>		
---	--	--

<p>B.- <i>Les dispositions prévues au A ci-dessus prennent effet à compter du 1er janvier 2002.</i></p> <p>A compter de la publication de la présente loi les personnes ayant satisfait aux épreuves de validation des connaissances organisées dans le régime antérieur ne peuvent être candidates à l'autorisation d'exercice que deux fois consécutives selon ledit régime. Ces épreuves sont organisées pour la dernière fois au cours de l'année 2001. Au-delà du 31 décembre 2003, aucune autorisation d'exercice ne pourra être délivrée selon le régime antérieur.</p> <p>Amendement n° 16</p> <p>Loi n° 86-33 du 9 Janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</p> <p>Chapitre X <i>Dispositions diverses</i></p> <p>Article additionnel</p> <p>Il est créé, au chapitre X : « Dispositions diverses » de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, un article 116-1 ainsi rédigé :</p>		
--	--	--

<p>« Art. 116-1.- Les personnels des établissements mentionnés à l'article 2, actifs ou retraités et, dans certaines conditions, leurs ayants droits, bénéficient de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs mentionnée à l'article 9 du titre 1er du statut général des fonctionnaires.</p>		<p>« La prise en charge de cette action est assurée par une contribution annuelle des dits établissements dont le taux et l'assiette sont fixés par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales. Cette contribution est versée à l'un des organismes agréés par l'Etat chargés de la gestion et de la mutualisation de cette contribution et dont la gestion associe des représentants du personnel et des représentants de l'administration hospitalière ».</p> <p>Amendement n° 17</p>
	<p>Chapitre 4 Positions Section 1 Activité Sous-section 1 Dispositions générales</p>	
<p>Article additionnel</p>		<p>Art. 41.- Le fonctionnaire en activité a droit :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>6° <i>Au congé de formation professionnelle ; la prise en charge de ce congé, dans les établissements énumérés à l'article 2, est assurée par une cotisation annuelle d'un montant de 0,15 p 100 des salaires inscrits à leur budget, au sens du 1 de l'article 231 du code général des impôts, versée à un ou plusieurs organismes paritaires agréés par l'Etat, chargés de la gestion et de la mutualisation de cette cotisation ;</i></p>

	<p align="center"><b>Le 6° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 est ainsi rédigé :</b></p> <p align="center">« 6° Au <b>congé de formation professionnelle</b>. La prise en charge de ce <i>congé</i> et des dépenses relatives au bilan de compétences effectué à l'initiative de l'agent, dans les établissements énumérés à l'article 2, est assurée par une cotisation annuelle d'un montant de 0,20 % des salaires inscrits à leur budget au sens du I de l'article 231 du code général des impôts, versée à un ou plusieurs organismes paritaires agréés par l'Etat, chargés de la gestion et de la mutualisation de cette cotisation. »</p> <p align="center">Amendement n° 18</p>	
<p align="center">Code de la santé publique</p> <p>LIVRE VII Etablissements de santé, thermoclimatisme, Laboratoires</p> <p align="center">TITRE Ier <i>Etablissements de santé</i></p> <p align="center">CHAPITRE III Les actions de coopération</p> <p align="center">SECTION II Les syndicats interhospitaliers</p>		<i>Article additionnel</i>
	<p align="center"><i>Art. L. 713-5.- Un syndicat interhospitalier peut être créé à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier dont un au moins doit être un établissement public de santé. Sa création est autorisée par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation siège du syndicat. D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'un syndicat interhospitalier à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.</i></p>	<p align="center"><i>Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique, les mots : « établissements assurant le service public hospitalier » sont remplacés par les mots : « établissements publics de santé ou privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier ».</i></p> <p align="center">Amendement n° 21</p>
	<p align="center"><i>Le syndicat interhospitalier est un établissement public.</i></p>	
	<b>Article additionnel</b>	

	<p><i>Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique, après les mots : « d'autres organismes concourant aux soins », sont insérés les mots : « ainsi que les institutions sociales énumérées à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et les maisons d'accueil spécialisé mentionnées à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ».</i></p>	
	<p><i>Amendement n° 20</i></p>	
	<p><i>Article additionnel</i></p>	
	<p><i>Le deuxième alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique est complété par la phrase suivante :</i></p>	
	<p><i>« Il peut être autorisé, lors de sa création ou par arrêté du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, à exercer les missions d'un établissement de santé définies par le chapitre 1er du titre premier du livre VII du présent code. »</i></p>	<p>Amendement n° 19</p>
	<p>Art. L. 712-12-1.- L'autorisation mentionnée à l'article L 712-8 est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Article additionnel <i>L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</i></p>	

		<p>« Lorsque la demande d'autorisation porte sur le changement de lieu d'implantation d'un établissement existant, ne donnant pas lieu à un regroupement d'établissements, le demandeur doit joindre à son dossier un document présentant ses engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie et au volume d'activités, fixés par référence aux dépenses et à l'activité constatée dans l'établissement. L'autorité chargée de recevoir le dossier peut, dans un délai de deux mois après réception du dossier, demander au requérant de modifier ses engagements. Le dossier n'est alors reconnu complet que si le requérant satisfait à cette demande dans le délai d'un mois.</p>
<p>« En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'alinéa précédent, l'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 712-18. »</p> <p>Amendement n° 22</p>		<p>Chapitre Ier A Principes fondamentaux</p>
	<p><b>Article additionnel</b></p>	<p><i>Section III</i> L'analyse de l'activité et les systèmes d'information</p>
	<p>Après l'article L. 710-7 du code de la santé publique, est inséré un article L. 710-8 ainsi rédigé :</p>	<p>« Art. L. 710-8.- Il est créé un groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, constitué sous la forme de groupement d'intérêt public entre des établissements publics de santé volontaires. Les établissements de santé privés peuvent adhérer à ce groupement.</p>

<p>« Ce groupement, constitué pour une durée qui ne peut excéder sept ans, est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les <i>établissements</i> de santé qui en sont membres. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France. La convention constitutive du <b>groupement est approuvée</b> par un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales.</p>		
<p>« Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration. Les représentants désignés par l'organisation représentative des établissements publics de santé disposent de la majorité des voix au <b>sein de chacune de ces instances</b>.</p>		
<p>« Ce groupement est soumis au contrôle de la <i>Cour des comptes</i> dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet. »</p> <p>Amendement n° 23</p>		<p><i>Section iv</i> <i>Dispositions diverses</i></p>
<p>Article additionnel</p>		
<p>Le premier alinéa de l'article L. 714-32 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>		<p>Art. L. 714-32.- Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.</p>

<p>« Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. » Amendement n° 24</p>		
		<p>Section I Organisation administrative et financière</p>
		<p>Art. L. 714-1.- Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, <i>ni commercial</i>. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.</p> <p>Article additionnel</p> <p><i>I. - Après le premier alinéa de l'article L. 714-1 du code de la santé publique est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Un établissement public de santé peut également être interhospitalier lorsqu'il est créé à la demande de deux ou plusieurs établissements publics de santé mentionnés à l'alinéa précédent qui lui transfèrent une partie de leurs missions de soins prévues aux articles L. 711-1 et L. 711-2. Un même établissement public de santé ne peut participer qu'à la création d'un seul établissement public de santé interhospitalier. »</i></p>

<p><i>Art. L. 714-2.- Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend six catégories de membres :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
		<p>II. - 1° Après le dixième alinéa de l'article L. 714-2 du même code est inséré l'alinéa suivant :</p>
	<p>« Dans les établissements inter-hospitaliers, les représentants des catégories mentionnées aux 1°, 5° et 6° sont désignés, en leur sein, par les conseils d'administration des établissements fondateurs. »</p>	<p>Pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux, l'acte de création désigne le président du conseil d'administration parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° ou au 5° ci-dessus.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>2° Dans l'avant-dernier alinéa les mots : « intercommunaux et interdépartementaux » sont remplacés par les mots : « intercommunaux, interdépartementaux et interhospitaliers. »</p>	
<p><i>Art. L. 714-4.- Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>III. - L'article L. 714-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>
	<p>Section 2 Organes représentatifs</p>	

<p>« 19° La création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier ».</p>	<p>Art. L. 714-16.- Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale <b>d'établissement</b> composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.</p> <p>.....  .....IV.- Dans l'article L. 714-16 du même code après le treizième alinéa (11°) est inséré un alinéa ainsi rédigé :  « 12° émet un avis sur la création avec un <b>ou plusieurs établissements publics de santé</b> d'un établissement public de santé interhospitalier. »Art. L. 714-18.- Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :  .....  .....</p>	<p>V. - L'article L. 714-18 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>
	<p>« 11° La création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier. »  Amendement n° 25</p>	
	<p>Article additionnel</p>	
<p>Section IV du chapitre III  Conventions de coopération</p>		<p>I.- La section IV du chapitre III du titre Ier du livre VII du code de la santé publique devient, sous le même intitulé, sa section V.</p>
	<p>II.- Il est créé dans le chapitre III du titre Ier du livre VII du code de la santé publique une section IV ainsi rédigée :</p>	
	<p>« Section IV.- Les fédérations médicales interhospitalières« Art. L. 713-11-3.- En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leurs conseils d'administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs services, départements ou structures créées en application de l'article L. 714-25-2, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées.«  Ces délibérations définissent</p>	



<p><i>Art. L. 713-12.- Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique.</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p><i>III.- a) Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 713-12 du code de la santé publique, les mots : « ou à des groupements d'intérêt économique » sont remplacés par les mot : « , des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières. »</i></p>
	<p><i>Section I du chapitre IV Organisation administrative et financière</i></p>	

Art. L. 714-4.- Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :

.....b) *Le neuvième alinéa (8°) de l'article L. 714-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé : 8° La constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L 712-3-3, les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;* 8° *La constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionné à l'article L. 712-3-3, les actions de coopération visées aux sections II à V du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, ou la constitution d'une fédération médicale interhospitalière et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;* »Section 2

Organes représentatifs

*Art. L. 714-16.- Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.*

.....

c) Le huitième alinéa (6°) de l'article L. 714-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé : *6° Emet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L 712-3-3 ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;* « 6° Emet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3, ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections II à V du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, ou la constitution d'une fédération médicale interhospitalière et les conventions concernant les actions de coopération internationale ; » Art. L. 714-18.- Le comité technique d'établissement est obligatoirement **consulté sur** :

.....**10° Les actions de coopération visées aux sections 2, 3 et 4 du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, l'affiliation ou le retrait d'un tel syndicat, la création ou l'adhésion à un groupement de coopération sanitaire, à un groupement d'intérêt public, à un groupement d'intérêt économique, les conventions concernant les actions de coopération internationale.**

d) A la fin du onzième alinéa (10°) de l'article L. 714-18 du code de la santé publique, les mots : « les conventions concernant les actions de coopération internationale », sont remplacés par les mots : « ou la constitution d'une fédération médicale interhospitalière et les conventions concernant les actions de coopération internationale.

Amendement n° 26

## Amendements non adoptés par la Commission

Avant l'article 32

### Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

Rédiger ainsi l'intitulé du titre IV : « Diverses mesures d'ordre sanitaire et social ».

Sous-amendement à l'amendement de M. Bernard Accoyer présenté par M. Jean-Luc Preel :

*Après le mot : « sanitaire », supprimer la fin de l'intitulé du titre IV.*

### Sous-amendement à l'amendement de M. Bernard Accoyer présenté par M. Edouard Landrain :

Substituer au mot : « mesures » le mot : « modernisation ».

Article 32

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

Rédiger ainsi le troisième alinéa de cet article :

« Ces consultations sont également habilitées, dans les mêmes conditions, pour participer au dépistage et à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, en particulier les hépatites virales. »

Article 33

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse :

Supprimer cet article.

(Retiré en commission)

Amendements présentés par M. Bernard Accoyer :

- Avant le I de cet article, insérer le paragraphe suivant :

Avant le premier alinéa du I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, la commission des comptes de la sécurité sociale présente au Parlement un bilan financier de la télétransmission des feuilles de soins, retraçant notamment les dépenses d'équipement, d'économies de gestion et de gestion du risque. »

(Art. L. 161-31 du code de la sécurité sociale)

- Compléter le II de cet article par la phrase suivante :

« Cette carte porte les données d'identification sécurisées par une photographie de son titulaire. »

(Art. L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Après le mot : « urgentes », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article :

« ainsi que les coordonnées des praticiens de santé consultés par le patient. »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

Compléter le premier alinéa du I de cet article par la phrase suivante :

« Il en donne le contenu écrit au titulaire de la carte. »

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. André Aschieri

Supprimer le dernier alinéa du I de cet article.

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Claude Evin :

A la fin de la première phrase du premier alinéa du II de cet article, supprimer les mots :  
« , par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité de leur choix et pour les informations auxquelles ce professionnel a lui-même accès ».

Amendement présenté par M. André Aschieri :

Rédiger ainsi le IV de cet article :

**« IV – Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins et la commission nationale de l'information et des libertés, fixe :**

« 1° La nature des informations relatives à l'urgence et les modalités d'identification des professionnels ayant inscrit des informations sur le volet de santé ;

*« 2° Les conditions dans lesquelles, selon les types d'information, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale, sont habilités à consulter, inscrire ou effacer ces informations et les modalités selon lesquelles ces opérations sont exécutées à l'occasion de la dispensation des soins ou de la délivrance des prestations ;*

*« 3° Aucune copie ne peut délivrer des informations médicales enregistrées sur la carte. »*

(Retiré en commission)

Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :

I. Après le deuxième alinéa (1°) du IV de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« 2°bis Toutes les délivrances d'actes *et éventuellement les délivrances* de prescriptions.  
»

Amendement présenté par M. André Aschieri :

**Compléter cet article par le paragraphe suivant :**

« VI.- Le présent dispositif fera l'objet d'une évaluation sous forme d'un rapport présenté au Parlement au terme de la troisième année après promulgation de la loi. »

Articles additionnels après l'article 34

Amendements présentés par M. Bernard Accoyer :

« L'article L. 372 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

*« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux aides opératoires et aux instrumentistes recrutés antérieurement à la promulgation de la présente loi, exerçant depuis une durée au moins égale à six ans et ayant satisfait, avant une date fixée par arrêté, à des épreuves de vérification de leurs compétences. »*

(Retiré en commission)

*I.- Après l'article L. 477 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 477-1 ainsi rédigé :*

**« Art. L. 477-1.- Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des infirmiers et des infirmières fixe les règles du code de déontologie des infirmiers et des infirmières ».**

II.- L'intitulé du chapitre II du titre II du livre IV du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Organisation de la profession des infirmiers et des infirmières. »

**III.- Les articles L. 478 à L. 486 du chapitre II du titre II du livre IV du code de la santé publique sont ainsi rédigés :**

« Art. L. 478.- Il est intitulé un ordre national des infirmiers ou des infirmières groupant obligatoirement tous les infirmiers et les infirmières habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des infirmiers et infirmières relevant du service de santé des armées.

« Art. L. 479.- L'ordre des infirmiers et des infirmières veille au maintien des principes de moralité indispensables à l'exercice de la profession et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévues à l'article L. 477-1.

**« Il assure la défense de l'honneur de la profession.**

« Il peut organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

« Il peut être consulté par le ministre chargé de la santé, notamment sur les questions relatives à l'exercice de la profession.

**« Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux et du Conseil national de l'ordre.**

« Art. L. 480.- Dans chaque département, un conseil départemental de l'ordre des infirmiers et infirmières possède, en ce qui concerne les infirmiers et les infirmières, les mêmes attributions que le conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Les règles fixées pour les médecins pour les articles L. 385 à L. 388 et L. 391 à L. 397 sont applicables aux infirmiers et infirmières, à l'exception de l'exigence de nationalité posée par l'article L. 387.

« Le médecin inspecteur départemental assiste, avec voix consultative, au conseil départemental.

**« Art. L. 481.- Les membres du Conseil national de l'ordre des infirmiers et des infirmières sont élus ou désignés pour quatre ans. Ces membres ne sont pas rééligibles immédiatement. Le conseil est renouvelé par moitié tous les deux ans.**

« Le Conseil national élit son président après chaque renouvellement. Le président est rééligible.

« Les dispositions des articles L. 407 et L. 408, L. 449-1, L. 450 et L. 452 sont applicables aux infirmiers et infirmières.

« Art. L. 482.- Les règles d'inscription au tableau de l'ordre fixées pour les médecins aux articles L. 412 à L. 416 sont applicables aux infirmiers et infirmières.

« Art. L. 483.- Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des infirmiers et des infirmières dispose, en ce qui concerne les infirmiers et infirmières, des mêmes attributions que le conseil régional de l'ordre des médecins.

« Le conseil régional de l'ordre des infirmiers et des infirmières est composé de neuf membres titulaires.

**« Toutefois, le conseil régional de l'ordre des infirmiers et des infirmières de la région Ile-de-France comprend quinze membres titulaires et quinze membres suppléants.**

« Les membres du conseil régional de l'ordre des infirmiers et des infirmières sont élus pour quatre ans par les infirmiers et les infirmières des *départements concernés, au scrutin uninominal à un tour, en même temps* que les membres des conseils départementaux.

« Les membres du conseil régional élisent parmi eux un président.

« Il peut être fait appel des décisions d'un conseil régional de l'ordre des infirmiers et

des infirmières devant la section disciplinaire élue au sein du Conseil national de l'ordre des infirmiers et des infirmières.

« Le mandat des intéressés n'est pas renouvelable immédiatement.

« Art. L. 484.- Les dispositions des articles L. 399, L. 401, à l'exception des deux derniers alinéas, L. 402, L. 403, L. 410, L. 410-1, L. 417 à L. 428, L. 457 à L. 470 sont applicables aux infirmiers et infirmières.

« Art. L. 485.- Les dispositions des articles L. 473 à L. 484 du code de la santé publique sont applicables aux départements d'outre-mer... (le reste sans changement par rapport à l'ancien article L. 486).

**« Art. L. 486.- Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application des dispositions des articles L. 478 à L. 483.**

« IV.- La première phrase de l'article L. 473 du code de la santé publique est complétée par les mots : « et est inscrite au tableau de l'ordre des infirmiers et des infirmières. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

La création d'un Ordre des infirmiers est nécessaire pour assurer la représentation de l'ensemble de la profession.

Article 35

*(Art. L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale)*

**Amendements présentés par M. Bernard Accoyer :**

• Compléter le 7<sup>e</sup> alinéa (5<sup>o</sup>) de cet article par les mots :

« , sous condition de la mention par le prescripteur, de l'autorisation ou de l'interdiction expresse, de la substitution par les abréviations « S » (substituable) ou « NS » (non substituable) justifié par l'intérêt du patient. »

• **Compléter le 7<sup>e</sup> alinéa (5<sup>o</sup>) de cet article par la phrase suivante :**

« Le pharmacien titulaire de l'officine procédant à son droit de substitution, est tenu lors de la dispensation, de faire suivre la mention du médicament générique dispensé de son nom et de sa signature. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Mathieu-Obadia

Compléter cet article par le paragraphe suivant :

**Le quatrième alinéa de l'article L. 571 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :**

« Dans les communes d'une population résidente supérieure à 5 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'*habitants par pharmacie* est égal ou supérieur à 3 000. Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 3 000 habitants recensés dans limites de *la commune*.

« *Dans* les communes d'une population égale ou inférieure à 5 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'*habitants par pharmacie* est égal ou supérieur à 2 500. Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 2 500 habitants recensés dans les limites de la commune. »

Article 36

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

*Supprimer cet article.*

Article 37

*Amendements présentés par MM. Bernard Accoyer, André Aschieri, Yves Bur et Jean-Luc Prével :*

**Supprimer cet article.**

*Amendement présenté par Mme Muguette Jacquaint :*

Supprimer le 3e alinéa de cet article.

**(Devenu sans objet)**

*Amendements présentés par MM. Bernard Accoyer et François Goulard :*

Après *le mot* : « *alinéa* » supprimer la fin du 4e alinéa de cet article.

**(Devenu sans objet)**

*Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :*

Compléter le 4e alinéa de cet article par la phrase suivante :

« Il est communiqué aux personnes ou organismes qui se voient opposer un refus de communication de ces données l'avis motivé de la CNIL ainsi que celui de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA), autorité administrative indépendante automatiquement saisie en cas de refus ministériel. »

**(Devenu sans objet)**

*Amendements présentés par Mme Muguette Jacquaint :*

- Supprimer l'avant-dernier **alinéa de cet article**.

**(Devenu sans objet)**

- **Après le mot « que », rédiger ainsi la fin du dernier alinéa de cet article :**

« dans les conditions prévues au deuxième alinéa de cet article. »

**(Devenu sans objet)**

*Amendements présentés par M. Bernard Accoyer :*

- Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Afin d'assurer une haute sécurisation à la garantie de l'anonymat des personnes sur l'état de santé desquelles ces données ont été recueillies, les services de l'Etat amélioreront sans délai les dispositifs actuels déjà inclus dans le PMSI à cet effet. »

**(Devenu sans objet)**

- Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Chaque année, les services de l'Etat rendent public les résultats d'ensemble des données recueillies par le PMSI pour chaque établissement d'hospitalisation. »

*(Devenu sans objet)*

- Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« après le 5e alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La commission des comptes de la sécurité sociale présente au Parlement, un an après la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation des transferts des dépenses hospitalières vers la médecine ambulatoire. »

*(Devenu sans objet)*

*Articles additionnels après l'article 37*

*Amendement présenté par M. Jean-Luc Prével :*

*L'article L. 712-20 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

« Dans le cadre d'une opération de restructuration ou dans le cas de difficultés avérées de recrutement de personnel médical, compromettant le fonctionnement d'installations répondant aux besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 714-27, peut autoriser un centre hospitalier à recruter des praticiens par contrat d'une durée maximale de cinq ans, renouvelable. L'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est subordonnée à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens visé à l'article L. 710-16. »

*Amendement présenté par M. Claude Evin :*

*Insérer après l'article L. 460 du code de la santé publique un article L. 460-1 ainsi rédigé :*

« Article L. 460-1.- En cas d'urgence, quand l'infirmité ou l'état pathologique rend dangereux l'exercice de la profession, le préfet peut, après consultation du conseil départemental de l'ordre, prononcer la suspension immédiate du droit

*d'exercer pour une durée maximale d'un mois, renouvelable trois fois. Simultanément, le préfet saisit, selon le cas, le conseil régional de l'ordre des médecins et des chirurgiens dentistes ou le conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes, en vue de la mise en œuvre de la procédure de suspension temporaire du droit d'exercice de la profession visée à l'article précédent. »*

*(Retiré en commission)*

*Amendement présenté par M. Jean-Luc Prével :*

*Le premier alinéa de l'article L. 367-3 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :*

*« la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés constituent, en matière de formation médicale continue, un des thèmes nationaux prioritaires. »*

*Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :*

*Il est inséré, après l'article L. 562-1 du code de la consommation, un article ainsi rédigé :*

*(Art. 562-1 bis)*

*« Les composants alimentaires allergènes définis par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France font l'objet d'une mention obligatoire sur l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées. »*

*Amendement présenté par M. Yves Bur :*

*Le deuxième alinéa de l'article 11-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est ainsi rédigé :*

*« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner pour les budgets des collectivités territoriales des charges injustifiées ou excessives compte tenu d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité concernée en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas visés à l'article 2-2 de la présente loi. »*

*Amendement présenté par M. Bernard Accoyer :*

*L'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :*

*« Les litiges en cours ou pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1.2 et 3 du présent chapitre, sont de la compétence des tribunaux des affaires de sécurité sociale. »*

*Amendements présentés par M. Jean-Luc Prével :*

*• Le statut du praticien sera revu, des propositions prenant en compte notamment la pénibilité seront présentées par le Gouvernement en 1999.*

*• Après le troisième alinéa de l'article L. 55 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« La médecine du travail participe aux programmes de prévention visant à réduire les risques de maladie mortelle évitable. »*

*• Le Gouvernement a la volonté d'engager enfin une véritable politique de prévention et d'éducation de la santé. En janvier 1999, sera créée une Agence nationale de prévention et d'éducation à la santé et seront prises les mesures législatives nécessaires pour permettre le vote lors de la loi de financement de la sécurité sociale d'une enveloppe financière correspondant aux besoins de la prévention et d'éducation à la santé au niveau national, enveloppe qui sera votée en même temps que l'ONDAM. Le but premier est de réduire la mortalité prématurée évitable.*

*• Le Gouvernement étudiera l'opportunité de mettre en œuvre des mesures de sécurité anesthésique.*

*• Pour assurer une politique de gestion du risque, le Gouvernement étudiera l'opportunité de créer une Union nationale des caisses d'assurance maladie dont une mission sera de gérer l'ONDAM.*

*La dépense pour les organismes de sécurité sociale 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.*

*Amendement présenté par M. Jean-Michel Dubernard :*

*« I. Il est créé un fonds d'indemnisation des dommages résultant du risque médical.*

*« Le risque médical est défini comme toute aggravation anormale de l'état de santé antérieur d'un malade qui survient au cours ou à la suite d'investigations, d'interventions ou de traitements médicaux, indépendamment de l'évolution de l'affection en cause et résultant, soit d'une faute médicale ou dans l'organisation du service de soins, soit de conséquences inexplicables et inconnues.*

*« Ce fonds est doté de la personnalité civile. Il est administré par un conseil d'administration composé, dans des conditions fixées par décret, de magistrats, de représentants des sociétés d'assurances régies par le code des assurances, de*

représentants des mutuelles et institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, des membres du corps médical désignés par le Conseil national de l'ordre des médecins, de représentants d'associations de défense des victimes.

« Les conditions de constitution, de fonctionnement et de saisine du fonds sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Le fonds verse, sans préjudice des droits des organismes sociaux, une indemnité qui, en ce qui concerne les préjudices corporels, est assortie de franchises : ITT-IPP – Pretium doloris et préjudice esthétique, dont la durée ou les taux seront fixés par décret – à l'exclusion d'autres préjudices corporels. *L'indemnisation des préjudices consécutifs à un décès* n'est pas assortie de franchises. Le fonds doit, dans un délai de trois mois, verser l'indemnisation ou débloquer une ou plusieurs provisions.

« Dans le cas où une faute est à l'origine du dommage, le fonds est subrogé dans les droits que possède la victime contre le responsable et/ou son assureur, à hauteur des sommes qu'il a versées. En cas de recours de la victime contre l'auteur de la faute, celle-ci sera tenue d'appeler en la cause, notamment le fonds créé, par le présent article.

« II. Le fonds d'indemnisation des dommages résultant du risque médical est alimenté par des contributions des sociétés d'assurances, des mutuelles et institutions de prévoyance, dans des conditions définies par décret. »

---

N° 1518.- Rapport de M. Alfred Recours (au nom de la commission des affaires culturelles) sur le projet de loi ( n° 1419) portant création d'une couverture maladie universelle.- Tome II : Titre IV : Modernisation sanitaire et sociale.

## 26 Système électronique de saisie de l'assurance maladie

26 Source : CNAM

### 26 Sur quelques 115 000 praticiens

26 Ces flux ne représentent encore que 1,22 % en moyenne nationale, mais le nombre de FSE double chaque mois.

26 Cf. CE, Ass, 24 novembre 1961, Fédération nationale des syndicats de police

26 Cf. CC, décision n° 86-217 DC du 18 septembre 1986

26 Cf. CC, décision n° 94-352 DC du 18 janvier 1995

### 26 Sur le modèle de la carte internationale d'urgence

26 Cf. rapport d'information de M. Jean-Paul Bacquet, n° 1139

26

Il s'agit en effet d'un droit pour l'exercice duquel le représentant légal peut se substituer au majeur sous tutelle, alors qu'il ne peut pas y avoir de substitution pour l'expression d'un consentement

26

Il existe également un droit d'accès indirect, par l'intermédiaire d'un médecin pour obtenir communication du dossier médical hospitalier (article L. 710-2 du code de la santé publique) et pour les informations médicales faisant l'objet d'un traitement automatisé (article 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978).

26

Cette rédaction exclut de l'habilitation les médecins du travail, les médecins-conseil des caisses de sécurité sociale et les médecins des compagnies d'assurance, qui ne dispensent pas directement des soins aux malades.

26

Une telle interdiction existe également dans d'autres domaines, pour le casier judiciaire n° 1 ou le permis de conduire à points.

26

Cf. en particulier l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

26

CE, Section, 18 octobre 1974, Confédération nationale des auxiliaires médicaux et paramédicaux

26

CE, Section, 18 février 1977, Hervouët et CC, décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990

26

Cf. décision n° 97-390 DC du 19 novembre 1997 pour le dernier état de la jurisprudence du Conseil en la matière

26

Ainsi que leurs annexes et avenants

26

L'acte d'adhésion à l'option conventionnelle, signé conjointement par l'assuré et par le médecin, constitue juridiquement un acte individuel de par son approbation par la caisse de sécurité sociale concernée.

26

Sur la base d'une étude effectuée à partir de l'exploitation de 5,8 millions de résumés de sortie.

26

50 % des cas dans les hôpitaux de faible importance et 5 % des cas dans les hôpitaux ayant une activité importante.

26

Il devrait s'agir de tiers privilégiés, comme les agences sanitaires, les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML) ou **les fédérations** hospitalières.

26

Il ne faut pas tenir co