

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'audition, ouverte à la presse, de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, sur la mise en œuvre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (*MM. Christian Paul et Jean-Marie Rolland, rapporteurs*) 2
- Examen de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (n° 3238) (*Mme Valérie Boyer, rapporteure*) 12
- Amendements examinés par la commission..... 34
- Présences en réunion 96

Mardi

29 mars 2011

Séance de 21 heures

Compte rendu n° 36

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 29 mars 2011

La séance est ouverte à vingt et une heures cinq.

(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission)

La Commission poursuit l'audition, ouverte à la presse, de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, sur la mise en œuvre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

M. Paul Jeanneteau. Dans sa contribution, notre corapporteur Jean-Marie Rolland indique que « la situation démographique médicale en France présente un paradoxe : la France n'a jamais eu autant de médecins que ces dernières années, mais c'est précisément au même moment que se sont développés les déserts médicaux ». En effet, le problème n'est pas de démographie à proprement parler, mais de densité médicale.

Quoi qu'en dise M. Christian Paul, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – HPST – comporte des mesures en faveur de l'accès aux soins, qui est d'abord l'accès à la médecine libérale de premier recours. Elle a permis le développement des maisons et des pôles de santé, l'essor de la filière universitaire de médecine générale – avec la création d'un corps enseignant titulaire –, et l'adoption de mesures incitatives dans le respect du principe de la liberté d'installation des praticiens libéraux. Ces dernières seront-elles suffisantes ? Jean-Marie Rolland craint que la profession n'ait du mal à accepter des dispositions contraignantes mais les pharmaciens d'officine, par exemple, ne vivent-ils pas bien, depuis fort longtemps, avec un double *numerus clausus*, à l'entrée en première année d'études, puis pour l'installation, ce qui assure un service à la fois de qualité et de proximité sur l'ensemble du territoire ? Ne conviendrait-il pas d'étudier un dispositif similaire en concertation avec les médecins ? Il me semble que le double *numerus clausus* pourrait être accepté s'il s'intégrait dans une réforme à moyen terme de la profession, offrant des perspectives claires aux futurs médecins.

M. Bernard Perrut. M. Christian Paul a parlé de « crise aiguë » et de « déstabilisation ». Je ne partage pas cette analyse. Dans les hôpitaux, notamment dans celui dont je préside le conseil de surveillance, je constate des évolutions positives et une adaptation aux territoires et aux besoins de santé.

Alors que, comme plusieurs collègues et comme la Fédération hospitalière de France, je nourrissais des inquiétudes quant au fonctionnement des agences régionales de santé, j'observe que celle de la région Rhône-Alpes est présente sur le terrain et qu'elle remplit sa mission d'animation et de décloisonnement, dans un esprit fédérateur.

La loi HPST procède à une réforme en profondeur de la gouvernance hospitalière. Certes, l'équilibre des pouvoirs a été modifié, mais je constate que le conseil de surveillance et, donc, les élus ont toute leur place dans cette gouvernance.

La rationalisation de l'offre de soins passe aussi par les structures de coopération interhospitalière. Selon les rapporteurs, on ne compterait qu'une seule communauté hospitalière de territoire à ce jour. C'est une petite inexactitude puisque j'ai signé la création, le 31 décembre 2010, d'une deuxième, qui réunit le secteur de Villefranche-sur-Saône et celui

de Tarare et qui a été constituée rapidement et dans de bonnes conditions. La formule retenue dans la loi est celle d'une coopération conventionnelle souple dans une communauté hospitalière fédérative. Sans doute serons-nous amenés à la faire évoluer vers celle de communautés hospitalières intégrées – ce que le Sénat avait exclu lors de l'examen du projet de loi.

Autre point fort de la loi, l'équipement du territoire en maisons de santé. Cependant, comme l'ont souligné les rapporteurs, le développement pourrait en être accéléré si on levait certaines incertitudes. Les modalités de financement sont actuellement très complexes et insuffisamment pérennes. Un statut juridique mieux adapté serait également souhaitable. On utilise aujourd'hui les structures de l'association, de la société civile de moyens (SCM), de la société civile immobilière (SCI), de la société d'exercice libéral (SEL). Seriez-vous favorable, monsieur le ministre, à la création d'un nouveau type de groupement de coopération sanitaire (GCS), voire à l'instauration d'un statut propre aux maisons de santé ?

Au total, même si ces premiers mois d'application nous donnent peu de recul, mon avis sur la mise en œuvre de la loi HPST est plutôt positif.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Faites-vous allusion à des GCS sans établissement de santé ?

M. Bernard Perrut. Oui.

M. le ministre. L'idée a été avancée par des membres de l'union régionale des praticiens de santé (URPS) de Basse-Normandie. On pourrait envisager de l'inclure dans la proposition de loi de M. Fourcade, mais j'aimerais savoir si vous y tenez et, si oui, pour quelles raisons.

M. Bernard Perrut. Les médecins qui m'en ont parlé estiment que cela faciliterait la gestion financière.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ce statut permettrait aux personnes morales d'être parties prenantes et il apporterait des garanties en matière financière et en matière d'indépendance. Si l'on veut attirer les professions médicales et paramédicales dans ces structures, elles doivent s'y sentir en liberté.

Mme Valérie Boyer. Je défendrai en ce sens des amendements à l'article 1^{er} de la proposition de loi que nous examinerons tout à l'heure. Cet article tend à créer un nouveau type de société civile, la SISA – société interprofessionnelle de soins ambulatoires –, en vue de développer les nouveaux modes de rémunération et d'encourager l'exercice regroupé. Il s'agit de combler le vide juridique dénoncé par l'ensemble des professionnels, en particulier par les paramédicaux, qui craignent de ne pouvoir exercer correctement dans les maisons de santé. Nos amendements visent à préciser le régime de responsabilité applicable aux SISA, tant en matière de secret médical partagé qu'en matière fiscale.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ce dispositif serait un élément de sécurité important en même temps que de souplesse. Cependant, il conviendrait que les subventions des collectivités ne soient pas fiscalisées.

Mme Valérie Boyer. Il faut distinguer deux aspects : d'une part, les dispositions favorisant la continuité des soins et le respect du secret médical ; d'autre part, celles qui

facilitent l'existence économique de la société en permettant aux professionnels – médecins et paramédicaux – d'exercer leur activité libérale au sein de la structure.

M. le ministre. L'idée m'a été soumise par le président de l'URPS de Basse-Normandie, M. Antoine Leveueur, qui a organisé dans le Calvados un système de permanence des soins tout à fait remarquable et qui suggère de dépasser le cadre de la maison de santé pluridisciplinaire pour mettre en place une véritable coopération territoriale. Ce que craignent les services, c'est que l'on ne fasse que créer une nouvelle structure et que l'on ne doive modifier l'ensemble des textes sans rien simplifier, alors que la SISA a été conçue dans une optique de simplification. L'idée de faire collaborer différentes maisons de santé au sein d'une structure souple mérite en tout cas examen.

M. Fernand Siré. Les médecins sont en nombre suffisant en France, dit-on. Mais beaucoup n'exercent pas. Il faut se demander pourquoi : sans doute trouvent-ils les conditions d'exercice défavorables et se tournent-ils vers d'autres métiers.

Le temps me semble venu, en outre, de passer du système du médecin traitant à un système de groupement de médecins traitants.

Enfin, la plupart des médecins de renom exercent aujourd'hui à l'hôpital. Il conviendrait de les inciter à orienter une partie de leur activité vers le privé, où ils combleraient des lacunes, tandis que de bons médecins du privé pourraient alors exercer à l'hôpital. La scission entre l'hôpital et l'exercice libéral n'est pas une bonne chose.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le ministre ne disait pas autre chose lorsqu'il parlait de décloisonnement des services.

M. Jean Leonetti. La loi HPST, qui émane du rapport Larcher, vise en effet à décloisonner. Sous cet angle, sa mise en œuvre se déroule de façon satisfaisante.

Concernant la pertinence et la qualité des actes, le Sénat propose une disposition que l'Assemblée, je l'espère, maintiendra, car le système actuel est inflationniste. Lorsque l'on s'aperçoit, par exemple, que l'on réalise 38 % de césariennes dans une clinique proche de Paris alors que la moyenne nationale est de 19 % dans les hôpitaux et de 21 % dans les cliniques, il est impossible de ne pas se poser de questions. Il ne s'agit pas d'instituer des contrôles individuels, mais d'inviter certaines équipes médicales à une remise en cause collective.

Les sanctions financières sont aujourd'hui disproportionnées par rapport aux infractions constatées et, dans certains cas, mettent en péril l'équilibre financier de certains hôpitaux...

M. le ministre. Comme à Dijon ?

M. Jean Leonetti. Par exemple. Je sais que vous vous occupez de ces questions, monsieur le ministre, et j'espère que les dispositions prises permettront au moins la procédure contradictoire qui s'impose en démocratie.

En matière de transfert de tâches, la loi HPST devrait permettre une évolution plus rapide. Moyennant différents protocoles et l'accord du corps médical, on devrait pouvoir transférer un certain nombre de responsabilités et de tâches au personnel infirmier, qui est désormais intégré au cadre A.

Enfin, je rappelle à M. le ministre que les missions d'intérêt général ne sauraient faire l'objet d'appels d'offres ouverts. Dans l'esprit de la loi, elles demeurent des missions dévolues au service public ; c'est en cas de carence qu'elles peuvent être assumées par le secteur privé, après appel d'offres. Mais un appel d'offres ouvert pour les missions de service public entraînerait une segmentation de celles-ci et, à terme, une dégradation.

Enfin, il me semble difficile de gérer les hôpitaux en appuyant à la fois sur le frein et sur l'accélérateur. Comment, pour un directeur d'hôpital, expliquer au corps médical qu'il faut faire plus de volume pour que les moyens soient maintenus, alors que l'intérêt de chacun, au regard de la pertinence et de la qualité des actes, est parfois de faire moins de volume ? Il arrive que les seuils aient un effet inflationniste : sachant que, s'il descend au-dessous d'un certain nombre d'actes, il ne pourra plus poursuivre sa pratique, le médecin fera tout pour atteindre le seuil. Je demande donc à M. le ministre d'examiner ces questions avec une attention particulière. La qualité des actes doit primer sur la quantité. Une course inflationniste serait néfaste à la fois aux malades et aux comptes sociaux.

S'agissant de la proposition de loi, je défendrai avec Yves Bur des amendements techniques concernant le regroupement de l'imagerie médicale et l'assouplissement du statut des GCS. Mais cela ne remet en aucun cas en cause une loi déjà largement utilisée, au bout d'un an seulement, par la plupart des services publics hospitaliers.

M. Yves Bur. En matière de démographie médicale, il importe de poursuivre l'effort pour garantir l'accès à des soins de qualité, notamment en médecine de premier recours. À défaut de dispositif susceptible de répondre tout à la fois aux attentes, voire aux exigences, des usagers et des territoires et aux craintes des professions médicales, nous devons continuer d'agir par petites touches successives dont personne ne peut affirmer qu'elles sont à la mesure du défi, à savoir une désertification médicale qui risque de nous gagner de vitesse. En Bourgogne, par exemple, 30 % de l'offre médicale pourrait avoir disparu à l'horizon 2013-2015. Si nous ne trouvons pas de solution, nous serons confrontés à un problème majeur de santé publique qui justifiera, le temps venu, des mesures d'urgence et une mobilisation générale, chacun devant assumer ses responsabilités.

En ce qui concerne les ARS, il faut se garder d'être trop critique envers des structures qui n'ont eu qu'un an pour devenir opérationnelles. Les projets régionaux de santé sont actuellement en discussion. Nous verrons ce qu'il en résultera. Nous aurions néanmoins souhaité que les ARS disposent de plus d'autonomie et de plus de marges de manœuvre financières. Si l'autonomie est encadrée par les contrats d'objectifs, si les directeurs d'agence sont responsables, j'ai le sentiment que l'on n'a pas mis un terme à la grande méfiance des administrations centrales à l'égard de ces nouvelles structures. Il nous faudra être très vigilants pour éviter que ne se renouvelle le même phénomène qu'avec les ARH, c'est-à-dire un lent grignotage.

Après la petite avancée que constitue la fongibilité des fonds autorisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le Gouvernement envisage-t-il d'aller plus loin en autorisant une fongibilité des enveloppes à l'initiative des ARS ? Si nous voulons mettre fin aux inégalités de prise en charge et de coûts entre territoires, nous devons réunir les conditions d'une véritable convergence interrégionale, à la fois dans la pratique médicale – la pertinence des actes est une exigence valable à l'hôpital, mais aussi en médecine de ville – et dans le montant de la dépense par assuré, actuellement très inégal dans le pays sans qu'il y ait à cela de réelle justification sanitaire.

Enfin, l'effectif d'agents des ARS et des différentes autres agences a-t-il pu être optimisé au regard de l'efficience recherchée ?

M. Jean Mallot. Tout en remerciant le ministre d'être revenu devant la Commission ce soir, je souhaite faire quelques remarques sur son intervention de cet après-midi.

Tout le monde s'est plaint de l'insuffisance de la concertation préalable à l'élaboration de la loi HPST. On ne peut dire maintenant que cette concertation a eu lieu ! Chacun se souvient également des conditions déplorables dans lesquelles la discussion parlementaire s'est déroulée : l'adoption de la procédure accélérée a empêché l'Assemblée d'examiner plusieurs dispositions introduites par amendements au Sénat.

Il est bien que le ministre se félicite de la mise en place de la spécialité de médecine générale, d'autant que l'on doit cette mesure à la gauche,...

M. le ministre. Pas du tout ! C'est moi qui en suis à l'origine.

M. Jean Mallot. ...mais il serait temps de la doter des moyens nécessaires à son plein développement.

Enfin, si l'on fait tant de cas des crédits MIGAC – missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation –, pourquoi ont-ils été gelés cette année encore ?

J'en viens au rapport d'information de MM. Christian Paul et Jean-Marie Rolland. Les rapports sur l'hôpital sont nombreux. Citons, parmi les plus récents, celui du comité Fourcade et celui de la MECSS sur l'hôpital public, dont j'ai été le corapporteur. Le document actuel est un rapport sur l'application de la loi : il recense, article par article, les décrets qui ont été pris et ceux qui restent à prendre. Une véritable évaluation, mettant en regard les objectifs initiaux et les résultats sur le terrain, reste à faire.

Or la déception est déjà grande. Loin du rétablissement d'un véritable service public hospitalier répondant aux besoins d'un territoire et fonctionnant en réseau avec les autres acteurs de santé, on assiste à l'institutionnalisation de l'hôpital-entreprise. Il y aura également beaucoup de travail à faire pour retisser les liens entre l'administration hospitalière et la communauté médicale, liens que la loi HPST a largement contribué à distendre.

En matière de démographie médicale et de présence médicale sur le territoire, l'échec est total. Vous en êtes à défaire le peu que la loi HPST comportait en la matière, notamment au sujet des zones surdenses, et vous vous en remettez aux collectivités locales qui, moyennant des bourses et le financement de maisons de santé pluridisciplinaires, devraient pallier les manques de l'État. Mais, comme l'a souligné Yves Bur, la situation s'aggrave terriblement et les perspectives sont très sombres. Il est regrettable non seulement que vous n'ayez pas pris les mesures nécessaires à l'époque, mais aussi que vous éliminez le peu qu'apportait la loi. De façon peu courageuse, vous nous laissez le travail à faire après les élections de l'an prochain !

Aucune réforme ne saurait se faire sans les professionnels de santé, avez-vous dit à juste titre. Pour autant, il n'est ni utile ni nécessaire de céder à la frange la plus conservatrice de ces professions.

Je ne vous apprendrai rien en relevant que la mise en place des ARS est très inégale sur le territoire. Les directeurs ont des pratiques très variables d'une agence à l'autre. Certains

n'ont pas quitté leur casquette de préfet, d'autres sont restés directeurs d'ARH et ont conservé une approche très budgétaire, d'autres enfin s'efforcent d'animer le système sur les territoires, avec des succès inégaux. Nous regrettons que les ARS ne jouent pas encore le rôle d'interfaces entre les producteurs de soins en général et les tutelles – ainsi que la nébuleuse d'agences censées s'occuper d'amélioration de la performance, d'informatique, etc., mais dont l'action ne produit pas d'effet perceptible sur le territoire.

Nous souhaiterions également que les agences prennent en compte la qualité et changent, à cet effet, leur approche et leurs critères d'évaluation.

Pour ce qui est de la pertinence des actes, nous attendons toujours des mesures contre la dérive inflationniste engendrée par la T2A.

Enfin, les personnels hospitaliers ont été les grands absents tant de la réflexion préalable à la loi HPST que de la discussion du texte puis de son application. Lorsqu'on les évoque, c'est pour dire qu'ils représentent 70 % de la charge des établissements et que, pour rééquilibrer les comptes, il faut tailler dans la masse. Grave erreur ! Les personnels sont la richesse des établissements hospitaliers. La règle du non-remplacement d'un fonctionnaire partant en retraite sur deux ne s'applique pas aux hôpitaux, affirmez-vous. C'est vrai en droit, pas dans les faits. Les services sont amputés, ce qui entraîne une forte dégradation des conditions de travail.

M. le ministre. Prouvez-le !

M. Jean Mallot. Vous n'avez qu'à rencontrer les personnels, ils vous le diront ! Nous regrettons que cette question ne soit jamais traitée.

M. Dominique Dord. Dans leur rapport, MM. Rolland et Paul portent un jugement pessimiste sur une des innovations majeures de la loi, les communautés hospitalières de territoire suggérées par le rapport Larcher. Nos collègues estiment qu'elles ne joueront pas le rôle escompté. Je pense au contraire que c'est un outil très intéressant pour l'aménagement du territoire, notamment dans des villes moyennes situées à distance raisonnable de villes plus importantes. Pour éviter d'en arriver à des extrêmes – fermetures ou fusions, toutes choses qui sont très mal perçues par la population –, l'idée d'un partage, d'une communauté entre hôpitaux me paraît très féconde. Du reste, le rapport recense tout de même 26 projets en une année.

Partagez-vous le pessimisme des rapporteurs, monsieur le ministre ? Envisagez-vous de revenir à l'idée de communautés plus intégrées, entraînant des fusions d'établissements ?

M. Gérard Bapt. Je partage les inquiétudes de Christian Paul et d'Yves Bur en ce qui concerne la démographie médicale, notamment dans les cantons ruraux. Mais une autre limitation de l'accès aux soins tient aux dépassements d'honoraires. Mme Bachelot avait reconnu que, dans certaines zones et pour certaines spécialités, on n'avait plus accès au tarif opposable en médecine de ville. Or l'article 53 de la loi HPST a donné compétence au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale d'instituer par arrêté un secteur optionnel. Un tel dispositif n'est pas idéal mais il a le mérite d'imposer à ceux qui y adhèrent de réaliser un minimum d'actes au tarif opposable – M. Door, auteur de l'amendement, avait suggéré une proportion de 30 %, je crois. La date butoir, fixée au 15 octobre 2009, est dépassée depuis longtemps. Certes, un protocole d'accord est intervenu entre les caisses d'assurance maladie et certains syndicats de médecins pour commencer à étudier la question, mais le problème

reste entier et il est très grave. Doit-on s'attendre à des initiatives de votre part, monsieur le ministre ?

M. Élie Aboud. Je persiste à penser que la T2A est un système juste et responsabilisant. Mais, comme tout système, elle présente des inconvénients. Mon impression est que l'on est aujourd'hui dans une course à l'acte et que certains services, comme ceux de médecine interne ou de préventologie, se trouvent dès lors menacés.

L'idée des ARS procède d'une vision « globaliste » tendant à optimiser le service rendu tant par l'hôpital public que par l'hôpital privé et par la médecine de ville. Pourtant, alors que les collectivités locales jouent un rôle croissant dans l'organisation des services territoriaux et des réseaux de santé, il n'existe pas de passerelles entre elles et les agences.

J'ai remis il y a quelques mois à Mme Bachelot un rapport sur le « clinicien hospitalier » qui préconisait un statut plus flexible susceptible d'attirer les jeunes assistants et les jeunes chefs de clinique dans les hôpitaux publics. Le décret a été pris mais j'ai l'impression qu'on est maintenant au point mort...

Mme Valérie Rosso-Debord. La faculté ouverte aux ARS de mettre en œuvre de véritables programmes de santé publique et de prévention suppose une organisation du financement au niveau régional. À quand des objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie, des ORDAM ?

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Je voudrais revenir sur la situation inquiétante des hôpitaux. Les mesures prises ne sont pas à la hauteur de leurs difficultés, liées en particulier au manque de personnel. Les départs ne sont pas compensés, les remplacements sont impossibles et il faut régulièrement rappeler des agents pour que les services continuent à tourner. Comment comptez-vous remédier à ce qu'on doit bien appeler une crise ?

Dispose-t-on d'un premier bilan de l'action des ARS ? Ont-elles permis de réduire les disparités territoriales et d'améliorer la situation dans le secteur médico-social, comme elles étaient censées le faire ? Les difficultés rencontrées dans ce domaine pour les appels à projet semblent indiquer que des modifications sont nécessaires.

M. Jean Mallot. Pour conclure notre échange de tout à l'heure, monsieur le ministre, je préciserai que c'est bien la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 qui a, par son article 60, créé le diplôme d'études spécialisées de médecine générale, même si les mesures réglementaires ont été prises sous la législature suivante... et si beaucoup reste à faire !

M. le ministre. En somme, vous en avez rêvé, nous l'avons fait !

M. le président Pierre Méhaignerie. La plupart des chefs de service que je suis amené à rencontrer attribuent aux 35 heures les difficultés qu'ils rencontrent pour la gestion des personnels. Il est vrai que dans aucun autre pays les hôpitaux n'ont à gérer une quarantaine de jours de RTT et les lourdes conséquences que cela a sur le fonctionnement quotidien de l'établissement !

M. Christian Paul, co-rapporteur. Sans prétendre apporter ce soir une réponse définitive au problème des déserts médicaux, je ne pense pas que la répartition inégale des médecins sur le territoire soit due aux RTT. La question est d'abord politique : c'est celle du choix entre la régulation de l'installation et le laisser-faire. Face à ce problème d'une inégalité

devant l'accès aux soins qui s'aggrave aussi bien dans les territoires ruraux que dans certains quartiers, vous ne pourrez pas tenir longtemps sur la ligne que vous avez choisie.

Plusieurs députés UMP. Que proposez-vous ?

M. Christian Paul, co-rapporteur. Je vous renvoie à ma contribution, jointe à notre rapport, mes chers collègues. Il reste d'abord beaucoup à faire dès le stade de la formation universitaire, ne serait-ce qu'en sensibilisant les doyens des facultés de médecine à ces problèmes de démographie médicale. Il y a le contrat santé-solidarité, introduit dans la loi HPST *via* un amendement de M. Rolland, et que vous vous apprêtez à supprimer. À cela s'ajoutent les mesures qui ont été votées mais qui sont insuffisamment appliquées, comme celle soumettant la délivrance de bourses à une obligation d'exercice en zone déficitaire – sur 400 bourses prévues, la moitié seulement ont été attribuées. Au-delà, notre position est extrêmement claire, et ce sera aux Français de trancher : étant donné l'extrême gravité de ce problème des déserts médicaux, le principe de la liberté d'installation ne doit plus être un tabou. Il est absolument indispensable de plafonner le nombre d'installations dans les zones denses, voire d'instituer une obligation de service dans les zones déficitaires.

J'ai besoin, monsieur le ministre, d'éclaircissements sur les mécanismes de responsabilisation des directeurs généraux des ARS, vos services n'ayant apporté à nos questions que les réponses les plus vagues – selon la secrétaire générale du ministère, leur rémunération variera en fonction des objectifs atteints, s'agissant de la gestion interne de l'agence et de son action ! Nous aimerions savoir plus précisément selon quels critères leur performance sera évaluée.

Je déplore par ailleurs le gel des crédits MIGAC auquel vous procédez année après année, gel qui contribue à tendre la situation financière des ARS et qui serait pourtant reconduit...

M. le ministre. Quelle agence vous a dit cela ? La seule mise en réserve est celle qui a fait suite au rapport Briet ; ce que vous venez de dire est en contradiction avec la circulaire tarifaire que j'ai adressée aux agences.

M. Christian Paul, co-rapporteur. Je prends acte de vos assurances pour 2011, mais vérifiez quand même l'application de vos instructions sur le terrain. En tout état de cause, le gel des MIGAC s'apparentait à une restructuration dissimulée, les hôpitaux n'étant plus en mesure d'assurer certaines fonctions.

M. Jean-Marie Rolland, co-rapporteur. Pouvez-vous, monsieur le ministre, nous donner le calendrier de publication des décrets d'application des dispositions du titre III, consacré à la prévention et à la santé publique ? De même en ce qui concerne les décrets nécessaires à la mise en place des établissements de santé privés d'intérêt collectif, les ESPIC, en particulier sur des sujets aussi importants pour ces établissements que l'organisation financière, l'investissement immobilier, le détachement des praticiens hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire.

M. le ministre. Comme il leur sera précisé dans une prochaine lettre de mission, les directeurs généraux des ARS seront d'abord évalués, comme tous les directeurs d'établissements publics, en fonction de la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ils le seront ensuite en fonction d'indicateurs de santé publique tels que le dépistage, l'offre de soins, la mise en place et le fonctionnement des maisons de santé, la

gestion du risque. Si leur efficience en matière budgétaire sera également mesurée, cet élément ne viendra pas en première ligne : ce ne sont pas eux qui gèrent les établissements au quotidien ! Sera évaluée, enfin, leur capacité à gérer leurs équipes et à nouer des partenariats locaux, ainsi qu'à définir et mener à bien des projets régionaux prioritaires.

S'agissant du secteur optionnel, je me réjouis de la volonté qui semble naître dans l'opposition d'accompagner cette initiative, qui vise à garantir l'accès aux soins en développant les tarifs opposables dans certaines spécialités, sans remettre en cause le secteur 2. Il s'agit maintenant de sortir de l'ambiguïté s'agissant des accords signés en août 2004, de la convention de 2005 et du protocole d'accord tripartite de 2009. Mon but est de favoriser les expérimentations qui existent déjà dans certaines zones géographiques pour certaines spécialités. Je compte demander à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'UNOCAM, qu'elle me fasse savoir quelles mutuelles prennent d'ores et déjà en charge une partie des dépassements d'honoraires dans l'intérêt des patients. Un premier bilan de ces expérimentations doit nous permettre d'avancer sur ce dossier.

L'innovation que constitue la communauté hospitalière de territoire est à mes yeux une initiative prometteuse, monsieur Perrut, et qui a du sens : en atteste la dizaine de projets qui devraient voir le jour avant cet été.

L'intervention de Paul Jeanneteau montre que les interrogations à propos de la liberté d'installation transcendent aujourd'hui les clivages politiques. Il est légitime de chercher des solutions aux problèmes de démographie médicale qui se posent dans certains territoires. Pour ma part, je suis favorable à un système fondé sur l'incitation et sur le volontariat, la remise en cause du principe de liberté posant un problème de solidarité intergénérationnelle puisque cela reviendrait à faire payer aux plus jeunes la liberté de choix des plus âgés. Sur cette question, monsieur Paul, nous avons avantage à assumer nos différences dans le cadre du débat citoyen. J'ai cependant la conviction que, si l'on décide de prendre des mesures coercitives, on n'a pas le droit de les appliquer à ceux qui sont déjà engagés dans des études médicales car ce serait changer les règles en cours de jeu.

M. Gérard Bapt. Il n'y a pas de règles !

M. Christian Paul, co-rapporteur. Pensez-vous aux malades ?

M. le ministre. Si vous changez ainsi les règles, ne vous étonnez pas de voir des jeunes changer de voie. Vous le constaterez dans dix ans, mais il sera alors trop tard pour faire marche arrière. Et si on attend dix ans pour appliquer ces règles, comment faire entre-temps ? Je revendique d'avoir en 2005, contre la volonté des universitaires, significativement relevé le *numerus clausus*, mettant ainsi fin au malthusianisme stupide par lequel la droite et la gauche avaient cru pouvoir réduire les dépenses de santé. Disposer de davantage de médecins donne des marges pour s'organiser.

Aujourd'hui, nous nous retrouvons à gérer la pénurie dans certains territoires alors que nous n'avons jamais eu autant de médecins – ils sont 210 000, contre 65 000 en 1970. Mais cela ne suffit pas à mes yeux à justifier une remise en cause de la liberté d'installation qui risquerait de mettre à mal la confiance des médecins. Quant à la solution du zonage, elle s'est révélée complètement inopportune dans certains endroits faute d'avoir été négociée. Il faut que l'assurance maladie et les ARS abandonnent cette logique purement administrative au bénéfice de la concertation avec les élus locaux et avec les instances représentatives des médecins au niveau régional. Si cette démarche échoue, libre aux thuriféraires de la coercition

de se déchaîner. Mais donnons d'abord à l'incitation et au volontariat la chance qui ne leur a jamais été donnée et j'espère qu'une majorité acceptera de me suivre sur cette voie, même si tous ne sont pas également convaincus. Certes, cela coûte de l'argent, mais moins que de faire venir des médecins pour remplacer ceux que nous n'aurons pas demain. Et puis il faut arrêter de raisonner à partir de données qui ne sont pas avérées, telle l'idée reçue selon laquelle les jeunes médecins répugneraient à s'installer en libéral.

Madame Lemorton, le décret sur la pharmacovigilance a été examiné par le Conseil d'État le 17 novembre 2010, il est en cours de signature et sa publication est imminente. Cette diligence se justifie au vu des préoccupations de nos concitoyens, quitte à ce que nous revoyions ces dispositions après les Assises du médicament. Le décret relatif à la délivrance de contraceptifs dans les universités est soumis pour contreseing au ministre de l'enseignement supérieur. Quant au décret relatif aux campagnes de prévention de l'obésité, il est, selon le Conseil d'État, dépourvu de base légale et sera réécrit dans le cadre de la mission de pilotage confiée au professeur Basdevant.

À ce propos, mesdames, messieurs les députés, je vous invite à me faire savoir quels sont les décrets dont la publication vous semble prioritaire, mon ministère ne pouvant pas épuiser d'un coup l'important volume de travail dont il a la charge. Il faut savoir que l'écriture d'une loi et de ses décrets d'application par une administration repose parfois sur une ou deux personnes. Ce travail est encore ralenti par la quantité considérable des rapports que mon ministère a à rédiger, souvent à la demande des députés eux-mêmes.

Traiter la question de la pertinence et de la qualité des actes, monsieur Leonetti, est une demande insistante de la Fédération hospitalière de France, et c'est pourquoi je compte m'engager sur ce thème, qui relève normalement de la compétence de la Haute Autorité de santé. Je souhaite que nous puissions échanger à ce propos avec les grandes fédérations, voire avec les ARS. Plus généralement, je compte favoriser le décloisonnement entre l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée et les directeurs généraux d'ARS, un tel dialogue étant source de transparence et d'amélioration de la qualité, et donc d'économies à terme.

Garantir à la permanence des soins le caractère de mission de service public ne traduit pas une volonté de mise en concurrence de l'hôpital public et du secteur privé : il s'agit simplement de pouvoir faire appel au privé en cas de carence du secteur public. C'est d'ailleurs déjà le cas dans la pratique.

Je suis en train, monsieur Prével, de reprendre le dossier de la sécurisation des soins psychiatriques. Je m'apprête à signer un protocole avec les ministères de la justice et de l'intérieur et à rencontrer le conseil national de l'Ordre et l'ensemble des syndicats de médecins, en attendant de faire de même avec les représentants des autres professionnels de santé. Un commissaire principal, Mme Fabienne Guerriéri, a été détaché auprès du ministère pour s'occuper spécifiquement de ce dossier. Enfin, je recevrai, au début du mois d'avril, tous les directeurs d'établissement pour parler de ce sujet, sur lequel le dialogue est particulièrement nécessaire.

Il y a des degrés dans la coopération interhospitalière, monsieur Dord, les établissements ayant désormais le choix entre le groupement de coopération sanitaire, ou GCS, qui consiste essentiellement en une mutualisation des moyens, la communauté hospitalière de territoire, la CHT, réservée aux établissements publics, qui permet un partage du projet médical tout en préservant l'autonomie des établissements, et la fusion pure et

simple. Je ne suis pas persuadé que les élus soient informés des enjeux et de toutes les conséquences de ces formes de coopération.

Les personnels de la fonction publique hospitalière sont en constante augmentation, puisqu'ils étaient 1 102 257 en 1995, 1 135 000 en 2000 et 1 250 000 en 2008, la progression ayant continué depuis.

Le statut de clinicien hospitalier, monsieur Aboud, est une solution extrêmement intéressante qui fait actuellement l'objet de discussions entre les ARS, les établissements de santé et la direction générale de l'offre de soins. Mais, à ce jour, aucun contrat n'a été signé. Il faut maintenant dresser un bilan des difficultés qui freinent l'avancée de ce dossier, afin de savoir s'il faut en modifier certains éléments ou simplement faire un effort de pédagogie.

Quant à la proposition de régionalisation de la maîtrise des dépenses de santé, il faut, comme pour les ARS en 2004, lever toute ambiguïté : s'agit-il d'assurer une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique ou d'assurer une meilleure évaluation de l'efficience, au risque d'aggraver encore les disparités régionales ? Devra-t-on fixer des ORDAM différenciés suivant les régions ? Selon quels critères ? Quelle entité régionale devrait définir cet objectif ? Loin de moi la volonté de refuser ce débat, mais ce sont là des questions légitimes.

La question de la fongibilité des crédits est plus simple, monsieur Bur. La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 a permis un premier pas vers la fongibilité des crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le FIQCS, et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, le FMESPP. Dans le cadre de l'élaboration du PLFSS pour 2012, et conformément à une demande unanime des ARS, je travaille à la mise en place de fonds d'intervention régionaux fusionnant les différentes parts régionales des fonds existants et dont les ARS pourraient user plus librement. Aux yeux des agences, la fongibilité leur permettrait de consacrer davantage de moyens au décloisonnement. Plus généralement, la mesure est inscrite dans la logique des ARS. C'est l'avenir, même si cela ne va pas aussi loin que l'ORDAM souhaitée par Valérie Rosso-Debord ou Jean-Luc Prével.

Conformément à l'article 145 du Règlement, la Commission autorise le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je félicite MM. Christian Paul et Jean-Michel Rolland pour leur travail. Sans doute serait-il bon d'adresser ce rapport aux ARS, de manière à recueillir leurs réactions.

La Commission procède ensuite à l'examen, sur le rapport de Mme Valérie Boyer, de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (n° 3238).

Mme Valérie Boyer, rapporteure. J'ai la conviction que la loi HPST restera dans notre histoire politique comme l'une des grandes lois de réforme structurelle mises en œuvre par cette majorité. L'objet de la proposition de loi dite « proposition Fourcade » n'est bien sûr pas d'en remettre en cause les grands principes. Il s'agit simplement de corriger certaines dispositions dont l'application s'est révélée trop complexe et de revenir sur certains dispositifs

excessivement lourds sur le plan administratif et très mal perçus par les professionnels de santé, sans qu'aucune grande réforme sanitaire ne peut être menée.

L'article 1^{er} vise à créer un nouveau type de société civile, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, la SISA, qui permette le développement de nouveaux modes de rémunération et encourage ainsi l'exercice regroupé. Il s'agit de combler un véritable vide juridique dénoncé par tous les professionnels que nous avons rencontrés, et qui hypothéquait le développement des maisons et des pôles de santé. Le texte a déjà été amélioré par le Sénat, et nous proposerons des amendements visant à conforter encore cette innovation.

L'article 2 est un grand progrès en ce qu'il renforce le statut juridique des maisons de santé. Je sais que nous sommes tous ici attachés au développement de ces structures interprofessionnelles comme réponse efficace aux déserts médicaux et à la désaffection des jeunes vis-à-vis de la médecine libérale. Je vous proposerai donc un certain nombre d'amendements pour sécuriser leur activité, pour préciser leur champ d'action et pour garantir une certaine souplesse de leur fonctionnement afin que les professionnels restent au cœur de chaque projet.

Sur le sujet du partage des données au sein des maisons de santé, enjeu majeur de leur développement et objet de longs débats au Sénat, je proposerai un amendement qui permettra de garantir à la fois la continuité des soins et le respect de la vie privée du patient.

L'article 3 supprime le volet coercitif du contrat de santé-solidarité et prévoit l'élaboration d'un contrat type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, et par au moins une organisation représentative de médecins. Nous avons préféré la négociation à l'option coercitive, mal comprise par les médecins et finalement contre-productive. Il est évident que nous ne résoudrons pas les problèmes de démographie médicale sans les professionnels. C'est pourquoi le contrat santé-solidarité a été inscrit au programme des futures négociations conventionnelles, dont le champ comprend les problèmes de démographie médicale.

L'article 3 *bis* vise à préciser les conditions d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé, publics ou privés. Une indemnisation commune évitera de favoriser un secteur par rapport à un autre et permettra d'uniformiser l'encadrement de la permanence des soins.

Je proposerai par ailleurs le rétablissement de l'article 4, qui supprime l'obligation de déclaration d'absence pour les médecins, afin de leur laisser la responsabilité, collective, d'organiser la continuité des soins.

L'article 5 propose de rétablir la base juridique des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique, abrogée par l'ordonnance de coordination avec la loi HPST du 23 février 2010, au bénéfice des nouveaux contrats instaurés par la loi HPST. En l'attente de nouveaux outils contractuels, il importe en effet que les professionnels de santé s'étant engagés individuellement dans ces dispositifs puissent continuer à exercer dans des conditions juridiques solides.

L'article 6 revient sur l'article 57 de la loi HPST, qui prévoyait que lorsqu'un acte médical comprend la pose d'un dispositif médical, le praticien doit détailler au patient le prix d'achat de chaque élément de l'appareil, ainsi que le prix de toutes les prestations associées.

Cet article a donné lieu à de nombreux débats. Nous avons recherché avec les professionnels et les associations de consommateurs une solution de compromis. Je vous proposerai donc un amendement qui prévoit une information dissociée sur le prix de la prothèse et sur celui de la prestation du professionnel et, surtout, une information relative à la provenance du dispositif médical utilisé. Cette transparence ne pourra certainement qu'être appréciée par les patients comme par les professionnels de santé, qui ne souhaitent pas être soupçonnés de tirer des profits indus de l'importation de prothèses.

S'agissant des établissements de santé, le titre I de la loi HPST a profondément modifié leur statut, leur gouvernance et leurs missions. Si les nouveaux outils de la gouvernance se sont mis en place sans difficulté, il est encore trop tôt à mon sens pour y apporter d'éventuels aménagements : il convient d'abord de laisser aux acteurs le temps de s'approprier pleinement ce nouveau cadre. La proposition de loi initiale ne concernait donc pas ce titre, dont les conditions de mise en œuvre sont d'ailleurs encore en cours d'examen par le comité chargé « du suivi de la réforme de la gouvernance des établissements », qui doit remettre, au plus tard le 21 juillet, un rapport au Parlement susceptible de servir de base à d'éventuels ajustements.

La proposition comporte néanmoins quelques exceptions à cette règle. En premier lieu, l'article 9 a pour objet d'assouplir et d'adapter le statut des fondations hospitalières pour permettre à celles-ci de s'affranchir des règles applicables aux fondations reconnues d'utilité publique, dont la procédure de création est particulièrement complexe et dont la gouvernance est inadaptée au but recherché.

De la même façon, je vous proposerai de rétablir l'article 12, supprimé dès l'examen en commission des affaires sociales du Sénat, qui vise à remédier aux difficultés qu'éprouvent de nombreux établissements de santé, pour des raisons de place, à conserver les dossiers médicaux sur support papier. Il conviendrait de les doter d'un dispositif plus moderne permettant le transfert de ces données auprès d'un tiers agréé.

S'agissant des coopérations hospitalières, la commission du Sénat avait souhaité, pour répondre aux inquiétudes suscitées par les groupements de coopération sanitaire (GCS) érigés en établissements de santé, introduire un article additionnel 14 A abrogeant les articles du code de la santé publique qui précisent leur régime juridique. Je me félicite de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement réécrivant cet article de manière, d'une part, à rétablir la catégorie des GCS érigés en établissements de santé pour ne pas compromettre un certain nombre de projets de recomposition de l'offre de soins sur un territoire, et, d'autre part, à rétablir la possibilité pour les membres d'un GCS de moyens public-privé de choisir librement la nature juridique de leur groupement. Je sais que plusieurs d'entre vous ont encore de fortes réserves quant au caractère opérationnel du recours au GCS-établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés, et ont déposé des amendements visant à redonner aux membres d'un GCS la possibilité d'exploiter une autorisation d'activité de soins restant détenue par l'un d'entre eux sans que le GCS soit pour autant titulaire de l'autorisation et érigé en établissement de santé. Je vous invite donc à examiner à nouveau cette question, car je ne pourrai pas être favorable à ces amendements qui ne sont pas conformes au droit des autorisations sanitaires, ne garantissent pas les règles de qualité et de sécurité des soins et posent de graves questions de responsabilité, s'agissant de la prise en charge des patients comme du circuit de facturation. La rédaction proposée par le Gouvernement est une avancée saluée comme telle par les acteurs que nous avons rencontrés. Il convient d'en rester là pour le moment : les GCS sont un outil important dans l'esprit de la loi HPST et il faut les conserver.

L'article 7 *bis* précise utilement le champ de compétence respectif des commissaires aux comptes et de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements publics de santé et l'article 19 favorise une meilleure synergie des hôpitaux d'instruction des armées avec les autorités sanitaires civiles, en ouvrant la possibilité pour le service sanitaire des armées (SSA) de participer aux réseaux de santé et aux groupements de coopération sanitaire.

Certains articles additionnels reprennent des dispositions déjà adoptées par le Parlement, mais censurées comme cavaliers sociaux : ainsi l'article 9 *bis* A étend le rôle de la CNAMTS en la chargeant de publier annuellement un bilan national et comparatif par région de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. Je vous proposerai toutefois d'élargir ce bilan aux séjours effectués dans ces mêmes établissements et d'en confier la responsabilité aux ARS.

L'article 17 dispose quant à lui que le schéma régional d'organisation des soins (SROS) favorise le développement des alternatives à l'hospitalisation et des activités de dialyse à domicile. Je vous proposerai de le supprimer, si intéressant soit-il, car on ne peut consacrer un article à chaque activité.

Dans le secteur sanitaire encore, l'article 14 *bis*, issu d'un amendement déposé en séance par le Gouvernement, vise à proroger la durée de validité des SROS en attendant l'élaboration des nouveaux schémas régionaux, dans le cadre des programmes régionaux de santé. Il faudra aussi simplifier la procédure d'élaboration de ces documents, en particulier pour la phase de consultation des collectivités locales. Il est inutile en effet d'échanger des tonnes de papier.

À la demande du Gouvernement, nous débattons de deux sujets. Sur la réforme de la biologie médicale, il conviendra que la ratification de l'ordonnance intervienne dans les meilleurs délais, afin de prendre en considération les inquiétudes du secteur. Par ailleurs, nous ne pouvons pas, à propos d'un texte consacré aux professionnels libéraux, ne pas évoquer la responsabilité civile personnelle. Sur ce sujet très important, je vous proposerai une première série de mesures visant à mettre en œuvre le rapport Johanet, qui me semble faire consensus.

Toujours dans le secteur sanitaire, l'article 18 reprend un dispositif déjà adopté en PLFSS, mais censuré par le Conseil constitutionnel, qui clarifie les modalités de regroupement des officines de pharmacie.

L'article 10 modifie les conditions de mise en œuvre de la réserve sanitaire à la lumière de l'expérience de la grippe A(H1N1) et l'article 11 modifie le dispositif relatif à la lutte contre la propagation internationale des maladies.

L'article 9 *bis* représente la première mise en œuvre d'un « *sunshine act* » à la française. Il n'épuise cependant pas le sujet, qui fera l'objet d'un texte spécifique à l'issue des Assises du médicament et des travaux parlementaires en cours. Des amendements vous seront soumis à ce propos.

M. le président Pierre Méhaignerie. Au fil de trente-huit années de vie parlementaire, j'ai vu les règles changer bien souvent. Je vous invite donc à ne déposer des amendements que d'une main tremblante.

M. Christian Paul. Permettez-moi de formuler trois observations générales au nom de mon groupe.

Tout d'abord, le texte quelque peu exotique qui nous est soumis annonce un recul du Gouvernement en matière d'organisation des soins, en vue de calmer la fraction la plus corporatiste des syndicats de médecins. En fin de législature, comme on pouvait s'y attendre, cette proposition « délégitime » en supprimant certains des dispositifs figurant dans la loi HPST.

Par ailleurs, si nous apprécions l'intention dont témoigne la création d'un nouveau cadre juridique offert à l'exercice regroupé des professionnels, nous n'en souhaitons pas moins lui apporter des améliorations, notamment sur des points effacés par le Sénat.

Enfin, alors que le code de la santé publique interdit aux professionnels de recevoir des avantages en nature ou en espèces de la part des entreprises du secteur de la santé, le Sénat a introduit à l'article 9 *bis* une nouvelle disposition où il n'est question que d'assurer la transparence des liens d'intérêts entre les laboratoires pharmaceutiques et les médecins. La cohabitation de ces deux dispositifs prépare-t-elle la substitution de l'un à l'autre ? Elle me paraît en tout cas très regrettable à une période où la question des conflits d'intérêts est particulièrement sensible.

Mme Catherine Lemorton. Il est étonnant que les syndicats de pharmaciens n'aient pas été auditionnés par la rapporteure au même titre que les autres syndicats de professionnels de santé.

M. le président Pierre Méhaignerie. Mme la rapporteure a reçu des syndicats de pharmaciens à Marseille. Il n'est pas inutile de rencontrer des professionnels sur le terrain.

Mme la rapporteure. Nous avons également reçu l'Ordre des pharmaciens mais nous avons des contraintes de temps.

Mme Christine Lemorton. L'Ordre n'est pas les syndicats !

La Commission en vient à l'examen des articles.

Article 1^{er} : *Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires*

La Commission est saisie de l'amendement AS 213 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires est conçue pour assurer des soins de premier recours avant toute chose. Or, les termes « profession de santé » ont une acception très large. La rédaction « profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmaciens » sera plus précise tout en couvrant l'ensemble du champ visé – en particulier, elle permet d'intégrer les pharmaciens aux professionnels autorisés à participer à ces SISA.

La Commission adopte cet amendement.

Elle est ensuite saisie des deux amendements identiques AS 63 de M Jean-Luc Préel et AS 97 de M. Guy Malherbe.

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

M. Guy Malherbe. L'amendement AS 97 est défendu.

M. Jean-Pierre Door. Les pharmaciens intégrant une SISA devront-ils être titulaires d'une officine ?

Mme la rapporteure. Les pharmaciens intègrent la SISA à titre individuel, et non pas en qualité de pharmaciens d'officine. Les activités exercées dans ce cadre seront précisées par des amendements que nous étudierons dans quelques instants.

Avis défavorable aux amendements AS 63 et AS 97. Au nom de quel principe en effet créerait-on une différence de droits entre les pharmaciens titulaires d'une licence et les pharmaciens salariés ? Je le répète, la participation à une SISA se fera à titre individuel. Limiter l'accès aux titulaires d'une licence présente en outre un risque d'inconstitutionnalité.

Mme Catherine Lemorton. Il se pose là un problème de fiscalité, car seuls les professionnels de santé non soumis à la TVA pourront adhérer à une SISA, ce qui exclut de fait les pharmaciens titulaires d'une officine, qui exercent une activité commerciale soumise à la TVA. Que restera-t-il de l'éducation thérapeutique si les pharmaciens sont exclus ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Cette question a été en partie abordée tout à l'heure avec le ministre. Quelle est votre position sur les amendements que nous examinons ?

Mme Catherine Lemorton. De nombreux syndicats de pharmaciens demandaient un amendement de suppression, afin d'éviter la précipitation. Cette question devrait être étudiée avec la commission des finances pour écarter tout problème fiscal.

Mme la rapporteure. De nombreuses associations professionnelles sont tout à fait favorables à cet amendement. Le problème de fiscalité a été vu et ne semble pas présenter de difficultés.

M. Jean-Pierre Door. J'imagine mal qu'un pharmacien titulaire d'une officine quitte celle-ci pour intégrer une SISA.

M. Paul Jeanneteau. Les organisations syndicales sont en effet favorables à cet amendement. L'intégration des pharmaciens salariés aux SISA poserait problème, car il y aurait rupture du contrat de travail.

Mme la rapporteure. Le pharmacien d'officine intégrera une SISA à titre individuel. Il peut donc fort bien le faire pour assurer l'éducation thérapeutique. Son activité dans le cadre de la SISA sera en outre bien soumise à la TVA, comme nous l'a confirmé une réponse de Bercy.

M. le président Pierre Méhaignerie. Peut-être conviendrait-il de préciser la disposition proposée dans l'amendement avant de la présenter à nouveau au titre de l'article 88.

M. Jean Mallot. Pourquoi réserver aux pharmaciens d'officine l'adhésion aux SISA s'ils y participent à titre personnel ? D'autre part, qu'ils soient titulaires ou salariés, comment seront-ils rémunérés ? Le dispositif gagnerait en effet à être précisé.

Mme la rapporteure. Qu'il soit ou non titulaire d'une officine, un pharmacien participant à une SISA le fait à titre individuel. Il est rémunéré par l'assurance maladie au titre des nouveaux modes de rémunération que nous examinerons dans les amendements qui suivent. En tout état de cause, il ne faut pas limiter aux seuls pharmaciens titulaires d'une officine la participation à ces sociétés.

M. Jean Mallot. Vous confirmez donc qu'il n'y a pas lieu de discriminer entre les uns et les autres ?

Mme la rapporteure. Exactement.

M. Paul Jeanneteau. Il faut permettre aux pharmaciens de participer aux SISA. Je demande à Mme la rapporteure de présenter une autre rédaction de l'amendement au titre de l'article 88.

*La Commission **rejette** les amendements identiques.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 214 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement vise à permettre aux professionnels de santé membres de sociétés civiles professionnelles (SCP) ou de sociétés d'exercice libéral (SEL) de s'associer à titre individuel à une société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Il répond à une demande des professionnels de santé.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS 215 de la rapporteure.*

Elle examine ensuite de l'amendement AS 216, également de la rapporteure.

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

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS 111 de M. Dominique Tian.

M. Guy Malherbe. Cet amendement a pour objet de simplifier et sécuriser le mode de communication des statuts de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires aux agences régionales de santé.

Mme la rapporteure. Avis favorable.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 218 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement vise à appliquer à tous les professionnels exerçant en SISA le régime de responsabilité individuelle prévu par le code de la santé publique. Il est également précisé que les associés seront couverts par une assurance de responsabilité civile professionnelle. Ce sujet inquiétait beaucoup les professionnels. Nous y répondons.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS 217 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. La disposition proposée écarte le raisonnement consistant à assimiler l'exercice en maison de santé à du compéragé. L'objectif n'est pas d'empêcher les recours pour compéragé contre des professionnels exerçant en SISA, mais d'éviter que la pratique des SISA en relève systématiquement.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Elle examine ensuite l'amendement AS 219 de la rapporteure.

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

M. le président Pierre Méhaignerie. Il conviendrait que le ministre apporte des précisions sur ces points, afin d'éviter les inquiétudes qui pourraient empêcher le fonctionnement des SISA.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 1^{er} **modifié**.*

Article 2 : Maisons de santé

La Commission est saisie des deux amendements identiques AS 20 de M. Paul Jeanneteau et AS 98 de M. Guy Malherbe, et de l'amendement AS 141 de M. Christian Paul, faisant l'objet d'une discussion commune.

M. Paul Jeanneteau. La rédaction proposée vise à renforcer juridiquement la notion de maison de santé. Le développement de ces structures est aujourd'hui encouragé afin de favoriser un meilleur accès aux soins de premier recours : la vocation première des professionnels y exerçant est donc de dispenser des soins de premier recours, même si l'exercice du second recours n'est pas exclu.

Il est proposé de fixer par arrêté du ministre chargé de la santé un cahier des charges précisant les critères qui fondent le statut de maison de santé, plus souple toutefois que des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret en Conseil d'État, proches des dispositions applicables aux établissements de santé.

M. Guy Malherbe. L'amendement AS 98 est défendu.

M. Christian Paul. L'amendement AS 141 a pour objet d'enrichir la définition des maisons de santé, qui représentent une avancée considérable pour l'exercice regroupé. Les projets médicaux devraient pouvoir être élaborés avec plus d'ambition que jusqu'ici.

Mme la rapporteure. Je suggère à leurs auteurs de retirer ces trois amendements pour se rallier aux amendements AS 202 à AS 206 que je vais maintenant présenter et qui sont plus complets en ce qu'ils prennent également en compte les schémas régionaux d'organisation sanitaire et le partage des données au sein des maisons de santé.

M. Christian Paul. Je n'y suis pas opposé, à condition que les dispositions du 2° de l'amendement AS 141, qui font toute la différence entre celui-ci et les amendements AS 20 et AS 98, soient reprises dans votre dispositif.

Mme la rapporteure. Elles le seront.

La Commission réserve alors le vote des amendements AS 20, AS 98 et AS 141 et examine les amendements AS 202 de la rapporteure, AS 74 de M. Jean-Luc Prével, AS 203, AS 204 et AS 205 de la rapporteure, AS 149 de M. Christian Paul et AS 206 de la rapporteure, soumis à discussion commune.

Mme la rapporteure. L'amendement AS 202 tend à inclure les pharmaciens dans la liste des professionnels pouvant constituer avec d'autres, une maison de santé.

Mme Catherine Lemorton. Le pharmacien, à qui incombe l'éducation thérapeutique, devrait également figurer dans la liste minimale des participants exigés pour la constitution d'une SISA.

Mme la rapporteure. Ces sociétés ayant pour fonction d'assurer des soins de premier recours, c'est la participation du médecin qui est indispensable. Les autres professionnels peuvent naturellement participer, mais il ne semble pas souhaitable de les énumérer tous et de figer la structure des SISA.

M. Jean Mallot. On pourrait imaginer qu'une SISA doive être constituée au moins d'un médecin, d'un pharmacien et d'un auxiliaire médical.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement AS 74 précise la nature des soins dispensés dans les maisons de santé pour éviter toute ambiguïté quant à leur périmètre d'intervention, au regard des activités de type hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire et hospitalisation à temps partiel qui relèvent exclusivement des établissements de santé.

Mme la rapporteure. La distinction est clairement faite dans mon amendement AS 204, que je vous propose de cosigner.

L'amendement AS 203 dispose que les maisons de santé devront se conformer, non pas à des conditions techniques de fonctionnement, mais à un cahier des charges élaboré par le ministère de la santé en concertation avec les professionnels. En effet, ces maisons doivent pouvoir s'adapter aux conditions et aux spécificités locales de leur territoire d'implantation.

L'amendement AS 204 vise à bien distinguer, comme le souhaitent MM. Paul et Prével, les activités des maisons de santé d'autres activités de soins, telles que l'hospitalisation à

domicile ou la chirurgie ambulatoire, qui relèvent de la responsabilité des établissements de santé.

L'amendement AS 205 est rédactionnel.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Notre amendement AS 149 vise à rétablir une disposition, supprimée par le Sénat, qui autorisait les maisons de santé installées à lancer des actions à caractère social, ou à y participer. En effet, la présence des médecins est utile dans les actions de santé publique prévues dans les bassins que desservent ces maisons. En outre, leur caractère pluridisciplinaire les désigne tout particulièrement pour ces approches d'éducation à la santé et de santé publique qui supposent l'articulation de savoirs et de réponses de provenances diverses.

Mme la rapporteure. Avis très favorable.

L'amendement AS 206 dispose que le projet de santé de la maison de santé doit être, non pas « conforme » au SROS, mais « compatible » avec celui-ci. Il est en effet important de laisser une marge de manœuvre aux acteurs locaux.

M. Guy Malherbe. L'amendement AS 112 précise que ce projet est transmis à l'ARS « pour information ».

Mme la rapporteure. Avis favorable.

L'amendement AS 207 demande que le projet de santé soit signé par les professionnels membres de la maison de santé et, le cas échéant, par tout professionnel de santé amené à y participer ponctuellement. Non seulement cette signature découle de la nature même d'une maison de santé, mais c'est elle qui fonde juridiquement la capacité des professionnels à échanger, le cas échéant, des informations relatives aux patients.

Il conviendrait de rectifier le texte de l'amendement en remplaçant les mots : « toute personne » par « tout professionnel de santé ».

Mme Michèle Delaunay. Il conviendrait aussi de remplacer « peut » par « doit » car, s'il n'a pas signé le projet de santé, le professionnel associé ponctuellement à des actions de la maison de santé ne pourra pas participer à l'échange de renseignements sur les malades.

M. Yves Bur. Ne sommes-nous pas en train de mettre en place une véritable administration de santé territorialisée ? Si on crée plus de bureaucratie qu'on ne fait de médecine, on sera loin d'une simplification.

Mme la rapporteure. Les précisions que nous apportons répondent à une demande presque unanime des professionnels, car elles clarifient et sécurisent leur exercice.

Madame Delaunay, il importe de ne pas remplacer la possibilité de signer par une obligation, pour ne pas exclure les professionnels concernés.

M. Jean Mallot. Monsieur le président, s'est-on réellement assuré que toutes les dispositions de cette proposition de loi relèvent bien du champ législatif, et non pas du champ réglementaire ?

Mme la rapporteure. Ces dispositions, qui mettent en place un projet innovant et des structures financées par l'assurance maladie selon des nouveaux modes de rémunération, me semblent bien relever de la loi. Cela étant, elles devront certainement être complétées par des dispositions réglementaires.

M. le président Pierre Méhaignerie. Monsieur Mallot, je ne cesse d'inciter les administrateurs à alléger les textes et à éviter d'y introduire des éléments à caractère réglementaire. Au vu du texte et du nombre d'amendements, je dois dire que j'ai eu la même réaction que vous.

M. Paul Jeanneteau. La rédaction des amendements devra sans doute être revue à la lumière des observations faites par Mme Lemorton, en vue de leur examen au titre de l'article 88.

Les amendements AS 20, AS 98 et AS 141 sont rejetés.

La Commission adopte l'amendement AS 202, rejette l'amendement AS 74, puis adopte successivement les amendements AS 203, AS 204, AS 205, AS 149, AS 206, AS 112 et AS 207 rectifié.

Elle est ensuite saisie des deux amendements AS 208 de la rapporteure et AS 142 de M. Christian Paul, pouvant faire l'objet d'une discussion commune.

Mme la rapporteure. Le partage des données relatives aux patients est une condition essentielle du bon fonctionnement des structures interprofessionnelles. Pour la maison de santé, nous avons le choix entre le modèle de l'établissement de santé, où les informations sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe, et celui de l'exercice libéral, où la communication des données est beaucoup plus restreinte. Le Sénat a supprimé le dispositif proposé par M. Jean-Pierre Fourcade, qu'il a jugé insuffisamment protecteur pour le patient. Nous avons voulu garantir à la fois la continuité des soins et le respect de la vie privée de nos concitoyens.

L'amendement AS 208, comme du reste l'amendement quasi identique AS 142, prévoit le consentement exprès du patient, qui peut le retirer à tout moment, ainsi que sa capacité à choisir les professionnels qu'il autorisera à accéder à ces données médicales personnelles. Monsieur Paul, je vous propose que nous cosignons un amendement commun.

M. Christian Paul. J'en suis d'accord.

L'amendement AS 142 est retiré.

M. Jean-Pierre Door. Invoquant la loi « informatique et libertés », un sénateur a obtenu la suppression du dispositif proposé initialement, qui permettait le partage des données relatives aux malades dans les maisons de santé. Cette suppression allant évidemment contre la coordination des soins et contre le suivi des malades, il importe en effet de rétablir ce dispositif, même si cela peut se faire sous une forme plus simple.

M. Yves Bur. Le dossier médical personnel doit permettre le partage des informations. Est-il vraiment nécessaire d'ajouter ces nouvelles dispositions ?

Mme la rapporteure. Cet amendement me paraît bien rédigé et clair. Il ne crée pas de complication supplémentaire, bien au contraire ! Il aménage un dispositif adapté ; il exige

le consentement exprès du malade – que celui-ci peut retirer à tout moment –, et lui permet de choisir les professionnels qu’il autorisera à accéder à ses données médicales personnelles. Le respect du secret professionnel et de la vie privée comme de la liberté du malade sont garantis.

*La Commission **adopte** l’amendement AS 208.*

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS 83, AS 85 et AS 84 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Ces amendements concernent les maisons de santé pluridisciplinaires, qui regroupent, dans un cadre d’exercice libéral, les professionnels médicaux et paramédicaux, et se développent depuis quelques années dans un contexte difficile d’inégale répartition géographique de l’offre de soins. Elles permettent de mieux répondre aux demandes des patients et de surmonter cette inégalité. Elles bénéficient à ce titre de soutiens politiques et financiers : certaines reçoivent des aides publiques à l’investissement ou au fonctionnement ; en contrepartie, elles ont des obligations, comme celle d’élaborer un projet de santé conforme aux orientations du SROS, et elles peuvent participer aux actions de santé publique, de prévention et d’éducation à la santé. Compte tenu des finalités qui leur sont assignées et des aides dont elles peuvent bénéficier, il serait raisonnable d’exiger d’elles qu’elles appliquent les tarifs opposables et pratiquent le tiers payant – tous dispositifs qui facilitent l’accès aux soins, notamment des personnes modestes.

M. le président Pierre Méhaignerie. L’intention est bonne, mais il ne faudrait pas qu’elle aille à l’encontre de l’objectif de rendre ces maisons attractives.

Mme la rapporteure. Je suis sensible aux arguments avancés, mais défavorable à l’amendement, pour plusieurs raisons. Aujourd’hui, les maisons de santé sont en phase de développement : imposer, à ce stade, sans aucune concertation, un tarif opposable et le tiers payant conduirait à condamner cet essor – surtout quand on considère les difficultés que l’on rencontre déjà pour les faire naître. De plus, nous sommes à la veille de négociations conventionnelles, qui porteront, notamment, sur la rémunération des professionnels. Une telle mesure serait donc prématurée : on ne peut convaincre les professionnels de santé de s’installer dans des zones qui en sont dépourvues en leur proposant un exercice soumis à de nombreuses contraintes.

Cependant, pour les zones urbaines sensibles, notamment là où existent des projets de rénovation urbaine, on pourrait réfléchir à une telle disposition, compte tenu des aides apportées par la puissance publique. À Marseille, où se met en place une maison de santé, les professionnels se sont engagés à être en secteur 1 et pratiquer le tiers payant. Mais il me semble qu’imposer cette mesure dès le départ serait contre-productif.

M. Jean Leonetti. Je suis favorable à cet amendement. On ne peut imaginer créer des maisons de santé, largement subventionnées et recevant des personnes dans un cadre de service public, et autoriser des dépassements d’honoraires.

M. Yves Bur. Je suis de cet avis : dès lors que ces maisons de santé sont créées grâce à d’importantes aides publiques, avec des rémunérations différenciées, on ne peut en plus autoriser de tels dépassements.

M. le président Pierre Méhaignerie. En Bretagne, dans l’Ouest en général et en zone urbaine, il n’y aura pas de problème, mais la question se pose en termes différents dans

le Sud-Est, où sont pratiqués beaucoup de tarifs non opposables. Il ne faut pas perdre de vue l'objectif visé par le texte.

M. Christian Paul. Je ne désespère pas de convaincre la rapporteure d'adopter une position véritablement républicaine ! Si l'on crée un régime particulier pour les zones urbaines sensibles, alors pourquoi pas aussi pour les cantons ruraux, qui disposent d'un médecin pour 5 000 habitants ? Nous sommes confrontés à un problème d'inégalité territoriale et sociale contre lequel il faut lutter. Je suis donc favorable à l'amendement.

M. Gérard Bapt. C'est également ma position. Nous avons en effet deux types de difficultés d'accès aux soins : territoriales et sociales. On cherche à résoudre des difficultés territoriales en érigeant des barrières sociales. Cela n'a pas de sens !

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le président, le Sud-Est ne pose pas de problème lorsqu'il n'y a pas désertification médicale.

M. le président Pierre Méhaignerie. Mais il y a aussi un Sud-Est profond...

M. Jean-Pierre Door. La maison de santé est un outil de rééquilibrage entre les territoires. Dès lors, l'amendement n'est pas pour me choquer.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je suis confronté comme vous à ce problème et souhaite que des spécialistes viennent en milieu rural pour éviter de longs déplacements aux patients. Or, dans certains domaines, ils sont peu nombreux. Je suis sensible aux arguments avancés à l'appui de l'amendement, mais je ne voudrais pas être idéaliste au point d'être naïf.

M. Jean-Luc Prével. Cette remarque me paraît tout à fait juste. Je propose donc, à des fins de clarté, une rectification consistant à supprimer, dans l'amendement AS 85, les mots « ne » et « qu' », de sorte qu'il se lirait : « Elle peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale à la condition d'appliquer les tarifs opposables et le tiers payant. »

Mme Jacqueline Fraysse. C'est une question d'éthique : le versement de fonds publics impose tiers payant et tarif opposable. Parmi les maisons existantes, beaucoup pratiquent-elles les dépassements d'honoraires ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Je constate dans ma circonscription que l'équipe médicale a beaucoup de mal à faire venir des spécialistes. Il se pose un problème de choix...

M. Jean-Luc Prével. Les maisons de santé n'ont pas pour vocation de constituer un petit hôpital, mais de regrouper des médecins de premier recours, avec notamment des infirmiers et des kinésithérapeutes. Faire venir des spécialistes n'est pas l'objet principal.

M. Yves Bur. La question des spécialistes est une vraie question. La négociation conventionnelle qui va s'ouvrir ne pourrait-elle aboutir, pour ces maisons, à l'instauration d'une rémunération supplémentaire, prise en charge par l'assurance maladie, pour certaines spécialités ? On peut imaginer des moyens de rendre les vacations attractives...

M. Jean Mallot. La rapporteure a avancé que l'amendement risquait de freiner le développement des maisons de santé et qu'il fallait attendre pour introduire ces dispositions

mais, si on la suit, il ne sera jamais temps d'adopter la mesure proposée dans l'amendement car on ne pourra plus revenir en arrière, une fois les dépassements acceptés. Il faut donc la voter dès maintenant.

Mme la rapporteure. Je comprends bien l'esprit de l'amendement et suis tentée d'être d'accord avec vous tout au moins pour les zones urbaines sensibles. La puissance publique aide beaucoup les maisons de santé à s'installer, en particulier grâce à des modes de rémunération innovants. Mais le but est d'abord d'arriver à attirer les professionnels de santé dans ces territoires. Le mieux ne doit pas être l'ennemi du bien ! Je suis donc très réservée sur cet amendement.

Par ailleurs, je ne suis pas sûre que la situation pour les zones rurales soit comparable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je propose à la Commission de se prononcer sur l'amendement AS 85, qui fait la synthèse des deux autres, compte tenu de la rectification suggérée par M. Prél. S'il est adopté, nous aurons fixé un principe général, sur lequel le Gouvernement pourra prendre position.

La Commission adopte l'amendement AS 85 rectifié.

En conséquence, les amendements AS 83 et AS 84 n'ont plus d'objet.

La Commission adopte ensuite l'article 2 modifié.

Après l'article 2

L'amendement AS 150 est retiré.

Article 3 : *Suppression du caractère coercitif du contrat de santé-solidarité*

La Commission examine d'abord l'amendement AS 86 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous proposons de rendre obligatoire la proposition d'adhésion au contrat santé-solidarité, faite par le directeur général de l'ARS aux médecins, afin de répondre aux besoins de santé dans les zones sous-dotées.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

Mme Jacqueline Fraysse. Pourquoi ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faut laisser un peu de souplesse au système, nous en avons déjà discuté.

Mme Michèle Delaunay. Il est question d'une proposition, non d'une contrainte !

La Commission rejette l'amendement AS 86.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS 113 de M. Dominique Tian et AS 23 de M. Jean-Luc Prél.

M. Guy Malherbe. L'amendement AS 113 tend à subordonner la validité des conventions et accords à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues

représentatives au niveau national et ayant réuni, aux élections des unions régionales des professionnels de santé (URPS), au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.

M. Jean-Luc Prél. Mon amendement a le même objet, mais est d'une rédaction plus simple, dans la mesure où il tend à subordonner la validité de ces conventions ou accords à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national – la condition de 30 % des suffrages étant déjà fixée par ailleurs.

Mme la rapporteure. Monsieur Malherbe, cette précision n'est pas nécessaire puisqu'elle figure déjà dans le droit existant. Par ailleurs, la rédaction de l'article renvoie bien aux syndicats représentatifs. En application du code de la sécurité sociale, seules les organisations syndicales ayant recueilli, seules ou ensemble, 30 % des suffrages exprimés dans chacun des trois collèges aux élections des URPS sont habilitées à signer la ou les futures conventions médicales.

J'ajoute que le but n'est pas de contourner les partenaires conventionnels mais d'avancer sur ce dossier des contrats de santé-solidarité en collaboration avec les professionnels. C'est pourquoi nous renvoyons à un contrat-type défini au niveau national. Le sujet est inscrit à l'ordre du jour des négociations conventionnelles qui commenceront bientôt.

Quant à l'amendement de Jean-Luc Prél, sa rédaction pose problème dans la mesure où elle ne vise pas les syndicats de médecins.

Il est urgent de renvoyer ce sujet à la négociation conventionnelle. Donc avis défavorable.

M. Christian Paul. Madame la rapporteure, en proposant cette disposition, avez-vous conscience qu'elle revient à désarmer l'État dans son combat contre les déserts médicaux ? En renvoyant à la négociation, vous donnez un pouvoir de blocage aux syndicats les plus conservateurs, qui aujourd'hui plaident pour le *statu quo* sans prendre véritablement la mesure de la pénurie de médecins dans des territoires entiers de notre pays.

Mme la rapporteure. Le but, encore une fois, n'est pas de bloquer la situation au risque d'éterniser la pénurie. Je déposerai d'ailleurs un amendement prévoyant qu'au cas où les négociations nationales n'aboutiraient pas, le sujet serait renvoyé aux ARS.

La Commission rejette successivement les amendements AS 113 et AS 23.

Puis elle adopte l'article 3 sans modification.

Après l'article 3

La Commission examine tout d'abord l'amendement AS 89 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. La législation prévoit le versement d'une allocation mensuelle par le centre national de gestion aux étudiants en médecine s'ils s'engagent, à la fin de leur formation, à exercer sous forme libérale ou salariée dans une zone sous-dotée. Nous proposons d'ajouter aux dispositions actuelles la possibilité de percevoir cette allocation « dans le cadre de remplacements de médecins généralistes ou spécialistes ».

Mme la rapporteure. J'y suis défavorable, même si je trouve l'idée bonne. En effet, un amendement présenté par Rémi Delatte et Jacques Domergue offre davantage de garanties à cette fin, puisqu'il s'inscrit non seulement dans le cadre de contrats de service public, mais dans celui des remplacements en général.

M. Fernand Siré. La professionnalisation du métier de remplaçant est déjà un handicap pour l'installation des médecins ; favoriser les remplacements serait contraire à notre souhait de faciliter cette installation.

La Commission rejette l'amendement AS 89.

Elle examine ensuite l'amendement AS 156 de M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Cet amendement constitue une réponse à nos collègues de l'UMP, qui ne cessent de nous demander des propositions concrètes pour lutter contre la mauvaise répartition des médecins sur le territoire. Il a trois objets : instaurer, dans l'esprit de notre proposition de loi sur le « bouclier rural » mais en tenant compte du fait que la pénurie touche aussi les zones urbaines, une norme nationale de délai pour l'accès aux services de médecine générale, aux services d'urgence et aux maternités ; plafonner des installations de médecins dans les zones « surdenses » ; enfin, soumettre à autorisation de l'ARS l'installation des médecins dans les zones déterminées par les SROS, connaissant une densité particulièrement élevée de l'offre de soins.

Je suis toujours surpris lorsqu'à nos propositions concrètes, on oppose chaque fois le reproche de démagogie. En l'occurrence, il s'agit de propositions qui figuraient déjà, il y a plus de deux ans, dans le rapport que j'ai cosigné avec Marc Bernier et que vous avez alors unanimement approuvé. À défaut de les adopter, je souhaiterais que vous soyez en mesure de proposer un contre-projet, et non, seulement, un laisser-faire.

Mme la rapporteure. Je suis défavorable à chacune de ces trois mesures. La première est impossible à mettre en œuvre : on ne peut mesurer la pertinence de l'offre de soins à la durée des trajets automobiles – un délai de vingt minutes quand on habite, par exemple, en Corse ou en Corrèze ne me paraît pas adapté. La deuxième n'est conforme ni à la culture des médecins, ni à l'esprit dans lequel nous essayons de travailler aujourd'hui avec eux ; elle va à l'encontre ce que nous voulons faire dans le cadre de la prochaine négociation conventionnelle. S'agissant de la troisième, interdire tout nouveau conventionnement dans les zones où l'offre de soin est dense revient à figer la situation en s'interdisant de prendre en compte les départs en retraite ou de procéder à des adaptations nécessaires. Il faut réviser le SROS en permanence – ce sera d'ailleurs de plus en plus le cas –, sachant que l'offre peut être tendue pour certaines spécialités et non pour d'autres.

Les mesures proposées sont trop contraignantes et conduiraient à changer radicalement de système. Ce n'est pas le choix que nous avons fait, qui est celui de la négociation conventionnelle et des mesures incitatives.

M. Jean-Pierre Door. Nous connaissons bien l'idéologie de Christian Paul, qui le pousse à toujours ajouter des contraintes supplémentaires. Mais, comme l'a rappelé le Président de la République, notre philosophie à nous, qui est celle de ce texte comme de la mission confiée à Élisabeth Hubert, est d'éliminer tout ce qui peut gêner les négociations conventionnelles – lesquelles, à partir du 7 avril prochain, auront précisément pour objet

d'améliorer la démographie médicale. Je suis donc défavorable à ce type de mesures coercitives.

Mme Marie-Christine Dalloz. Le sujet de la démographie médicale nous préoccupe tous, mais pour garantir à nos concitoyens un service de médecine générale à vingt minutes de distance au plus, monsieur Paul, tenez-vous compte de l'enneigement, du verglas, du brouillard et des embarras de circulation ? Quant au « bouclier rural », il a été rejeté cet après-midi en séance publique.

Mme Michèle Delaunay. Le vocabulaire a son importance : nous ne sommes pas du tout pour la limitation de la liberté d'installation, mais pour la limitation de la surpopulation médicale. Si, comme l'a dit tout à l'heure le ministre, restreindre le nombre de médecins n'a pas engendré d'économies, je suis sûre que la limitation de la surpopulation en fait faire au contraire. Quand on a, par exemple, dix dermatologues dans une même zone, ils tendent à se « sous-spécialiser » pour s'assurer une clientèle, ce qui est extrêmement coûteux lorsque leurs consultations sont remboursées.

Il ne faut pas dire non plus que ces mesures feront fuir les médecins : la limitation de la surdensité a été appliquée aux pharmaciens, et ceux-ci sont toujours là, la plupart gagnant raisonnablement leur vie !

M. Jean Mallot. Monsieur Door, quand vous parlez de « l'idéologie » de Christian Paul pour lui opposer celle du Président de la République, on pourrait aussi évoquer celle de certains syndicats de médecins. N'utilisez donc pas cet argument pour dévaloriser la position de vos interlocuteurs !

Certaines organisations professionnelles de médecins devraient faire un peu preuve d'esprit de responsabilité citoyenne. La liberté d'installation doit avoir une contrepartie en devoirs. Elle n'est pas un tabou : nous devons faire en sorte que nos concitoyens soient effectivement soignés. Vous préférez des mesures purement incitatives, dont le ministre a tout à l'heure fait l'éloge, mais il a admis que l'avenant 20 de janvier 2007 – qui permettait de majorer de 20 % les honoraires des médecins s'installant dans des zones déficitaires – a abouti à un échec. Il faut donc prendre d'autres dispositions.

M. Christian Paul. Je suis étonné que l'on parle d'idéologie lorsqu'il s'agit essentiellement de géographie. Depuis des années, des études très sérieuses de géographes de la santé plaident en faveur de l'instauration de normes de délai pour l'accès à l'offre de soins, notamment de soins de premier recours – je pense notamment à celles d'Emmanuel Vigneron pour la DATAR et à une étude récente de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elles font apparaître – y compris et notamment en Bretagne – que les indicateurs de morbidité précoce sont au rouge dès que l'on s'éloigne des centres hospitaliers ou des chefs-lieux d'arrondissement, où sont concentrées les compétences médicales. C'est la raison pour laquelle la loi doit fixer une norme en la matière.

Pour le reste, vous pouvez éternellement renvoyer à la négociation conventionnelle ou à des incitations financières, sauf que vous le dites depuis des années et que cela n'a aucun effet sur le terrain, où la situation se dégrade fortement. Vous pouvez continuer à ne rien faire, mais ne nous demandez pas de cautionner le laisser-faire !

Mme Jacqueline Fraysse. On ne peut pas toujours contourner le problème sans prendre aucune mesure. Je suis naturellement favorable à des mesures incitatives, à condition

que vous ayez à nous en proposer d'efficaces, mais interdire les installations nouvelles dans les régions surdotées n'a rien d'une coercition excessive. Nous sommes tous ici pour défendre l'intérêt général : nous ne pouvons pas oublier la responsabilité que nous avons de préserver la santé de nos concitoyens sur tout le territoire.

Enfin, puisque j'entends qu'on ne pourrait changer la règle en cours de jeu, je rappelle que celles et ceux qui ont commencé à travailler à dix-huit ans et dont vous n'avez pas hésité à changer les conditions d'accès à la retraite n'avaient pas prévu qu'on le ferait à un ou deux ans de leur retraite ! Si l'on avait changé la donne depuis qu'on en parle, en 2004, beaucoup d'étudiants en médecine en auraient déjà tenu compte.

M. Gérard Bapt. Vous savez fort bien qu'il n'y a rien à attendre d'une négociation conventionnelle où la première exigence qu'on vous opposera sera de discuter des honoraires et des nouvelles classifications des actes cliniques. Quant aux arguments géographiques, je vous rappelle que, dans le cadre du plan cancer, vous avez fixé la répartition des centres de radiothérapie en fonction de la géographie ! Des études montrent que plus ils sont éloignés des centres de cancérologie, plus l'espérance de vie des malades et leurs chances de rémission diminuent. Il ne s'agit pas d'idéologie ou de démagogie mais d'inégalité d'espérance de vie.

La Commission rejette l'amendement AS 156.

Article 3 bis AA (nouveau) : *Respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé par le SROS*

Elle adopte ensuite l'amendement AS 189 de la rapporteure.

En conséquence, l'amendement AS 125 de M. Dominique Tian n'a plus d'objet.

La Commission en vient à l'amendement AS 87 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous souhaitons corriger les défauts constatés dans les critères de zonage des aides à l'installation des professionnels de santé. Le rapport de Marc Bernier de 2008 ayant souligné l'insuffisance des critères de densité et d'activité, nous souhaitons les compléter en tenant compte aussi de l'âge des professionnels de santé – afin de prévoir leur remplacement éventuel, beaucoup risquant de partir prochainement à la retraite –, de la part de ceux qui exercent dans les maisons de santé ou les centres de santé au tarif conventionnel et au tiers payant, de l'éloignement des centres hospitaliers, et de la part des professionnels autorisés à effectuer des dépassements d'honoraires – cela pour mesurer dans quelle proportion toutes les spécialités sont accessibles au tarif conventionnel. Ce zonage devrait enfin faire l'objet d'un avis de la conférence régionale de santé, où sont présents des élus locaux et les principaux acteurs du système de santé en région.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. La détermination de ces zones relève de la compétence de l'échelon régional, comme le dit d'ailleurs le code de la santé publique. En effet, les ARS les définissent dans le cadre de l'élaboration des SROS, ce qui garantit une large concertation et une association des acteurs de terrain.

La rédaction que vous proposez relève d'une méthodologie purement statistique, décidée au niveau national et imposant des critères au niveau régional : elle ne permet pas d'avoir des résultats cohérents au regard des besoins locaux. Il faut garder une certaine souplesse et ne pas insérer dans la loi des dispositions d'ordre réglementaire.

Mme Jacqueline Fraysse. Personne ne conteste la compétence de l'échelon régional !

M. le président Pierre Méhaignerie. Certains pensent que ce dispositif est inapplicable et n'est pas de nature à attirer les médecins.

M. Christian Paul. Il ne s'agit pas de prendre parti entre incitation et régulation, mais de savoir à quoi vise l'action publique, quelles que soient les méthodes que l'on met en œuvre. Nous avons insisté sur ce point dans notre rapport, Marc Bernier et moi, car un travail très technocratique avait été réalisé par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et par les ARH, conduisant à utiliser des critères inadaptés à la réalité du terrain ; on ne voudrait pas en retrouver d'identiques avec les ARS.

Par ailleurs, vous nous dites que ce sujet relève de la compétence régionale et vous nous annoncez un arrêté national. Nous sommes en train de frôler l'absurde !

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous aurons l'occasion de poursuivre ce débat à l'occasion de l'examen d'autres amendements et en séance publique.

La Commission rejette l'amendement AS 87.

Elle en vient à l'amendement AS 146 de M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Cet amendement vise à conditionner l'utilisation d'équipements médicaux particulièrement coûteux et soumis à autorisation à l'engagement, pour les praticiens, à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. L'optique est la même que celle de l'amendement de Mme Fraysse concernant les praticiens hébergés dans les maisons de santé : en effet, ces équipements sont des choix de la collectivité.

Aux obstacles territoriaux à l'accès aux soins s'ajoutent des obstacles sociaux et pécuniaires. Toutes nos propositions, aujourd'hui en commission et bientôt en séance publique, visent à lever progressivement ces obstacles. Malgré les résistances que nous observons, nous ne désespérons pas.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. La disposition ne renforce pas automatiquement l'accès aux soins dans la mesure où elle n'améliore pas le niveau d'information des assurés sur les dépassements auxquels ils sont exposés. En outre, le secteur optionnel constitue déjà une réponse à ces dépassements.

M. Yves Bur. Je ne suis pas certain que ce soient la radiologie et l'imagerie qui donnent lieu aux dépassements les plus nombreux.

La Commission rejette cet amendement.

Article 3 bis AB (nouveau) : Exercice de la médecine par les internes en année de séniorisation

Puis elle examine l'amendement AS 82 de M. Jacques Domergue.

M. Rémi Delatte. Actuellement, l'exercice de la médecine est subordonné à l'obtention du diplôme d'études spéciales. Comme il est envisagé d'instaurer une année de séniorisation encadrée à l'issue de l'internat, cet amendement vise à introduire une disposition

dérogatoire afin de reconnaître le plein exercice aux internes durant cette période. On encourage ainsi l'immersion en milieu professionnel et l'exercice en autonomie.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** cet amendement.*

Article 3 bis AC (nouveau) : *Remplacement de médecin salarié d'un établissement de santé*

Elle examine ensuite l'amendement AS 81, du même auteur.

M. Rémi Delatte. Cet amendement tend à autoriser les internes à remplacer un médecin salarié d'un établissement de santé, comme ils peuvent déjà remplacer un médecin libéral.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** cet amendement.*

Article 3 bis AD (nouveau) : *Possibilité de fixer une proportion minimale d'actes facturés au tarif opposable dans le CPOM*

Elle en vient à l'amendement AS 65 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement tend à permettre à l'ARS de fixer une proportion minimale d'actes à facturer sans dépassement d'honoraires. Cette disposition revient aussi à introduire le secteur optionnel dans les établissements.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Il est préférable d'attendre les décisions des ARS en matière de SROS pour ce qui est des établissements publics et privés, étant entendu que le secteur optionnel intéressera principalement les spécialistes des plateaux techniques, aujourd'hui en secteur 2.

M. Jean-Luc Prével. J'ai sans doute eu tort de parler de secteur optionnel. Mon but ici est que chaque établissement ayant passé un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS se voie assigner par celle-ci un minimum d'actes à effectuer à tarif opposable.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Après l'article 3

Elle examine ensuite l'amendement AS 67, du même auteur.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement précise que la permanence des soins est assurée sur la base du volontariat.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Si la participation à la permanence des soins est une obligation collective des médecins, figurant comme telle dans le code de déontologie, la mise en œuvre concrète de ce principe repose sur le volontariat, ainsi que le précise déjà le code de la santé publique. Cet amendement est donc satisfait. Inscrire ainsi le principe du volontariat dans la loi déséquilibrerait toute l'architecture normative sur laquelle repose actuellement la permanence des soins et poserait de graves problèmes en cas de réquisition par le préfet.

M. Jean-Luc Prével. Le volontariat sur lequel repose la pratique actuelle n'empêche pas les réquisitions.

M. Jean-Pierre Door. Le préfet est en droit de procéder à des réquisitions si, dans un secteur donné, l'obligation de permanence des soins n'est pas respectée. L'amendement ne me semble pas avoir d'utilité.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 88 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à plafonner les dépassements d'honoraires en les limitant au montant du tarif opposable.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Le code de la sécurité sociale prévoit des sanctions pour les médecins qui exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. Vous proposez, si je comprends bien, d'étendre de telles sanctions à tous ceux qui dépassent le tarif opposable, ce qui me semble excessif et irréaliste. Je rappelle que les médecins de secteur 1 peuvent facturer certains dépassements en cas d'exigence particulière du malade concernant le temps ou le lieu de la consultation ou en cas de consultation hors parcours coordonné.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 143 de M. Christian Paul.

M. Christian Paul. En adoptant cet amendement, la majorité pourrait se racheter. Il s'agit également de restreindre les dépassements d'honoraires en précisant que les médecins autorisés à les pratiquer doivent effectuer au minimum 50 % de leur activité au tarif conventionnel. Après des années d'inertie sur cette question et en dépit de la volonté affichée par Mme Bachelot de lutter contre les dépassements à la faveur de la loi HPST, rien de sérieux n'a été fait en la matière.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Le secteur optionnel, dont la part est au minimum de 30 %, est la meilleure réponse au problème des dépassements d'honoraires. Il faut laisser aux partenaires le temps de mettre en œuvre une disposition qu'ils ont signée et éviter de braquer les médecins en passant de 30 à 50 %.

M. Fernand Siré. Dans certaines zones de montagne, 50 % des patients sont à la CMU et un grand nombre sont affectés de pathologies leur ouvrant droit à la prise en charge à 100 %. Or je rappelle que la sécurité sociale ne pratique le tiers payant que pour les praticiens qui appliquent le tarif opposable à ces deux catégories de patients.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS 68 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a posé le principe des expérimentations portant sur la rémunération des professionnels de santé. Ces expérimentations, menées par les ARS, ont été confortées par la loi de financement pour 2011. L'objet de cet amendement est de donner aux partenaires conventionnels des différentes professions les compétences pour en déterminer les modalités.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. La rénovation et la diversification des modes de rémunération des médecins traitants sont des objectifs essentiels de la nouvelle convention médicale. Les nouveaux modes de rémunération décidés en 2007 feront partie des points discutés. Il n'est pas utile, à ce stade, de l'inscrire dans la loi.

M. Jean-Luc Prél. C'est déjà dans la loi ! Le but est de préciser les expérimentations que la loi de financement pour 2011 prévoit de développer.

La Commission rejette cet amendement.

La séance est levée à minuit quinze



AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

Amendement n° AS 1 présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur

Article 14

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 3 présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur

Après l'article 14 A

Insérer l'article suivant :

Le huitième alinéa de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« - librement les modalités de fixation des frais des actes, prestations et services acquittés par les établissements membres, ou associés, en contrepartie des missions assumées pour leur compte par tout ou partie d'entre eux »

Amendement n° AS 4 présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur

Après l'article 14 A

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6122-19* – Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de santé, sur la base du volontariat, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi n° du.....modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

Amendement n° AS 6 présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur

Article 9

Rédiger ainsi l'article 9 :

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

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

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

« 2° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 7 présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur

Après l'article 7 bis

Insérer l'article suivant :

Le titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

A. – Le chapitre III est ainsi modifié :

1° Après le 7° de l'article L. 6143-1, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° Les prises de participation et la création de filiales. »

2° Après le 16° de l'article L. 6143-7, il est inséré un 18° ainsi rédigé :

« 18° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et la création de filiales. » ;

B. – L'article L. 6145-7 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-7.* – Sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent :

« 1° À titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux ;

« 2° Prendre des participations et créer des filiales.

« Le déficit éventuel de ces activités n'est pas opposable aux collectivités publiques et organismes qui assurent le financement de l'établissement.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

Amendement n° AS 9 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 3 bis

Insérer l'article suivant :

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

« *Art. L 6161-9.* – Un établissement de santé mentionné aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peut recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux

libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés d'une redevance.

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

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

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

Amendement n° AS 13 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 14

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 14 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 14 A

Insérer l'article suivant :

Le huitième alinéa de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé:

« - librement les modalités de fixation des frais des actes, prestations et services acquittés par les établissements membres, ou associés, en contrepartie des missions assumées pour leur compte par tout ou partie d'entre eux ».

Amendement n° AS 15 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Après l'article 14 A

Insérer l'article suivant :

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

« *Art. L. 6122-19* – Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de l'hospitalisation, sur la base du volontariat, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi n° du modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

Amendement n° AS 16 présenté par MM. Jean-Marie Rolland, Paul Jeanneteau, Jean-Pierre Dupont et Vincent Descoeur

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 17 présenté par MM. Jean-Marie Rolland, Paul Jeanneteau, Jean-Pierre Dupont et Vincent Descoeur

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 18 présenté par M. Paul Jeanneteau

Après l'article 6

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 19 présenté par M. Paul Jeanneteau modifié à l'initiative de Mme Valérie Boyer, rapporteure

Avant l'article 9

Insérer l'article suivant :

Le 2° de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique est ainsi complété:

« Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, ou son représentant, participent aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. »

Amendement n° AS 20 présenté par M. Paul Jeanneteau

Article 2

Substituer aux alinéas 2 à 4 six alinéas ainsi rédigés :

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

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

« 2° Ne pas assurer d'hébergement ;

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

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

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

Amendement n° AS 23 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Article 3

Rédiger ainsi l'alinéa 3 :

« Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et un ou plusieurs syndicats reconnus représentatifs au niveau national. »

Amendement n° AS 24 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 3 bis

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6145-17 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-18.* – Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement.

« Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant total des salaires bruts. »

Amendement n° AS 27 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 3 bis

Insérer l'article suivant :

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

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

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

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

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

Amendement n° AS 28 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Article 6

Compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante :

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

Amendement n° AS 29 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Article 6

Compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante :

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

Amendement n° AS 30 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Pascal Brindeau, et Jean-Christophe Lagarde

Article 6

Compléter l’alinéa 2 par la phrase suivante :

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

Amendement n° AS 31 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Article 6

Compléter l’alinéa 2 par la phrase suivante :

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

Amendement n° AS 32 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l’article 9 bis B

Insérer l’article suivant :

Au chapitre premier du titre VI du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 33 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Article 14 A

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

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

« 4° Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins au sens de l'article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres. Cette ou ces autorisations peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres ou par le groupement lui-même dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire, d'une autorisation d'activité de soins, le membre du groupement initialement autorisé demeure titulaire de cette autorisation sanitaire et seul responsable de son exploitation. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, et dans le cas visé au quatrième alinéa de l'article L. 6133-7, un groupement de coopération sanitaire de droit privé peut être titulaire d'une autorisation sanitaire précédemment exploitée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire établissement de santé composé de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé. »

Amendement n° AS 34 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Article 14 A

Après l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

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

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

« Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins, composés de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé, érigés en établissement de santé à la date d'entrée en vigueur de la présente disposition, bénéficie d'un droit d'option exercé dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi permettant audit groupement de renoncer au statut de groupement de coopération ayant la qualité d'établissement de santé, et de relever en conséquence de la catégorie des groupements de coopération sanitaire de moyens visés aux deux premiers alinéas du 4° de l'article L. 6133-1. »

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

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

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

Amendement n° AS 35 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Pascal Brindeau, Olivier Jardé, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

I. – L'article 1382 C du code général des impôts est ainsi rédigé :

« *Art. 1382 C.* – Les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre peuvent, par délibération prise dans les conditions prévues à l'article 1639 A *bis*, exonérer de taxe foncière sur les propriétés bâties, pour la part qui leur revient, les immeubles ou parties d'immeubles qui appartiennent aux établissements et services visés aux IX, XX et XXI de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et qui sont affectés aux activités médicales ou sociales et médico-sociales des groupements de coopération sanitaire ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

« Pour bénéficier de cette exonération, le propriétaire doit adresser, avant le 1^{er} janvier de la première année au titre de laquelle l'exonération est applicable, une déclaration au service des impôts du lieu de situation des biens comportant tous les éléments permettant leur identification. »

II. – La perte de recettes pour les collectivités territoriales est compensée par la majoration à due concurrence de la dotation globale de fonctionnement, et corrélativement pour l'État par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 36 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Article 16

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

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

Amendement n° AS 37 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 16 bis

Insérer l'article suivant :

Le 2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces schémas sont arrêtés après concertation des Unions, fédérations et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services dans des conditions définies par décret. »

Amendement n° AS 38 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 39 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

Insérer l'article suivant :

L'article L. 1432-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

Amendement n° AS 40 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

L'article L. 1432-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

Amendement n° AS 41 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

Insérer l'article suivant :

L'article L. 1432-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

Amendement n° AS 42 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

Insérer l'article suivant :

L'article L. 1432-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 43 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique est complété par les mots : « dont un collège représentant les établissements de santé, un collège représentant l'union des professionnels de santé libéraux, un collège représentant les associations de malades et d'anciens malades et un collège représentant l'éducation et la prévention de la santé. »

Amendement n° AS 44 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

Insérer l'article suivant :

La première phrase du premier au premier alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

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

Amendement n° AS 45 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

L'article L. 1432-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 46 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

Après le premier alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

Amendement n° AS 47 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 bis

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 48 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 9 bis B

Insérer l'article suivant :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé ou la personne chargée de tout ou partie des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 assure, pour l'ensemble de son activité, à chaque patient qu'il

accueil ou qu'il est susceptible d'accueillir, sa prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel. »

Amendement n° AS 49 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

I. – Après le sixième alinéa de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'assuré est un mineur qui requiert des soins et un accompagnement par une structure visée au 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou par une structure de type « centre médico-psycho-pédagogique » rattachée à l'article L. 312-1 2° du code de l'action sociale et des familles, pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 321-1 ».

II. – La perte de recettes pour l'État 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 n° AS 50 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 51 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Article 16

Compléter l'article 16 par les deux alinéas suivants :

Après l'alinéa premier de l'article L. 314-10 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 53 présenté par MM. Jean-Luc Préel, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Article 18

Substituer au mot : « dernier », le mot : « quatrième ».

Amendement n° AS 54 présenté par MM. Jean-Luc Préel, Olivier Jardé, Pascal Brindeau et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 18

Insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 5125-7 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 55 présenté par MM. Jean-Luc Préel, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 56 présenté par MM. Jean-Luc Préel, Olivier Jardé, Pascal Brindeau et Jean-Christophe Lagarde

Article 9 bis A

Rédiger ainsi l'article 9 bis A :

« L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. »

Amendement n° AS 57 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Rédiger ainsi l'article 14 A :

Insérer l'article suivant :

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

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

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

1° Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public : s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;

2° Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;

3° Dans les autres cas, les membres du groupement déterminent librement la nature juridique du groupement de coopération sanitaire.

Amendement n° AS 59 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14

Insérer l'article suivant :

Le huitième alinéa de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« - librement les modalités de fixation des frais des actes, prestations et services acquittés par les établissements membres, ou associés, en contrepartie des missions assumées pour leur compte par tout ou partie d'entre eux. »

Amendement n° AS 60 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 14 A

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6122-19* – Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de santé, sur la base du volontariat, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi n°..... du.....modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

Amendement n° AS 61 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Article 9 bis B

Rédiger ainsi cet article :

Après l'article L. 6152-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6152-7* – Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre et d'évaluation. »

Amendement n° AS 62 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

L'article 124 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est ainsi modifié :

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

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

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

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

4° Le 10° du I est supprimé.

Amendement n° AS 63 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Article 1^{er}

I. – Compléter l’alinéa 6 par les mots : « dont les pharmaciens titulaires d’une licence de pharmacie » ;

II. – À l’alinéa 12, après les mots « une profession de santé », insérer les mots : « dont, pour les pharmaciens, la licence délivrée par le directeur général de l’agence régionale de santé territorialement compétente »

Amendement n° AS 64 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Pascal Brindeau, Olivier Jardé, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Avant l’article 9

Insérer l’article suivant :

L’article L. 6161-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Les praticiens qui exercent régulièrement leurs activité dans un établissement de santé privé auquel ils sont contractuellement liés forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l’indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l’évaluation des soins ».

II. – Il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

Amendement n° AS 65 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre et Jean-Christophe Lagarde

Après l’article 3

Insérer l’article suivant :

Après l’article L. 6161-3-2 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 66 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Pascal Brindeau, Olivier Jardé, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 5

Insérer l'article suivant :

La dernière phrase de l'alinéa 2 de l'article L. 1435-4 du code de la santé publique est supprimée.

Amendement n° AS 67 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, après les mots : « dans le cadre de leur activité libérale » sont insérés les mots : « et sur la base du volontariat ».

Amendement n° AS 68 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale du 19.12.2007 est ainsi modifié :

I. – Le 1° du I est supprimé

II. – Le 4° est ainsi modifié :

A. – Les deux premières phrases sont supprimées.

B. – La dernière phrase est remplacée par la phrase suivante :

« Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1 et L. 322-5 du code de la sécurité sociale, ou le cas échéant, par le règlement arbitral visé à l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale. Elles peuvent également faire l'objet de dispositions communes au sein de l'accord-cadre

conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professionnels de santé mentionné à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale. »

III. – La deuxième phrase de l'alinéa suivant est supprimée.

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

Amendement n° AS 70 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Avant l'article 9

Insérer l'article suivant :

Compléter l'article L. 6144-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 71 présenté par MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Avant l'article 9

Insérer l'article suivant :

Compléter l'article L. 6144-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet médical de l'établissement est préparé et adopté par la commission médicale d'établissement. »

Amendement n° AS 72 présenté par MM. Yvan Lachaud, Jean-Luc Prével, Pascal Brindeau, Olivier Jardé, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est abrogé.

Amendement n° AS 74 présenté par MM. Jean-Luc Prél, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurre et Jean-Christophe Lagarde

Article 2

Rédiger ainsi l'alinéa 3 :

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

Amendement n° AS 76 présenté par M. Jean-Pierre Door

Après l'article 3 bis

Insérer l'article suivant :

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

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

II. – La perte de recettes pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux 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 n° AS 79 présenté par M. Jean-Pierre Door

Article 3 bis

Rédiger ainsi les alinéas 2 et 3 :

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

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

Amendement n° AS 80 présenté par MM. Jean-Pierre Door, Yves Bur, Denis Jacquat, Paul Jeanneteau, Fernand Siré, et Mme Valérie Boyer, rapporteure

Après l'article 17

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 81 présenté par MM. Jacques Domergue et Rémi Delatte

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L.4131-2-1.* – Un médecin salarié d'un établissement de santé, absent temporairement, peut être remplacé durant cette absence par une personne remplissant les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 4131-2 et autorisée à exercer la médecine conformément au quatrième alinéa du même article.

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

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

Amendement n° AS 82 présenté par MM. Jacques Domergue et Rémi Delatte

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

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

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

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

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

Amendement n° AS 83 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 2

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

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

Amendement n° AS 84 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 2

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Elle applique le tiers payant. »

Amendement n° AS 85 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau, modifié à l'initiative de M. Jean-Luc Prél

Article 2

Compléter le I par l'alinéa suivant :

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

Amendement n° AS 86 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 3

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

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

Amendement n° AS 87 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

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

« *Art. L. 1434-8-1* – Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

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

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

« 3° l'éloignement des centres hospitaliers ;

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

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

Amendement n° AS 88 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « le montant du tarif opposable ».

Amendement n° AS 89 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 90 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard et M. Roland Muzeau

Article 5

À l'alinéa 3, après le mot : « prévoit, », insérer les mots : « dont le respect des tarifs opposables, ».

Amendement n° AS 91 présenté par M. Élie Aboud

Après l'article 6

Insérer l'article suivant :

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

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

2° Le titre IX est ainsi modifié :

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

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

« Chapitre III *bis*

« Assistants dentaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

équivalente à temps partiel dans cet État, à condition que cet exercice soit attesté par l'autorité compétente de cet État.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 4393-14.* – Les professionnels disposent d'un délai de trois mois à compter de la publication de la loi n°du modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires pour satisfaire à l'obligation d'enregistrement prévue à l'article L. 4393-12.

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

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

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

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

Amendement n° AS 93 présenté par M. Élie Aboud

Article 20

Rédiger ainsi les alinéas 2 et 3 :

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

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

Amendement n° AS 94 présenté par M. Élie Aboud

Article 20

Après l'alinéa 27, insérer les deux alinéas suivants :

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

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

Amendement n° AS 95 présenté par MM. Jean-Pierre Door, Pierre Morange, Dominique Tian et Rémi Delatte

Après l'article 12

Insérer l'article suivant :

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

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

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

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

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

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

Amendement n° AS 96 présenté par Mme Edwige Antier, MM. Rémi Delatte, Jean-François Chossy et Jean-Pierre Dupont

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

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

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

« Ce dépistage comprend :

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

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

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

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

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

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

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

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

« Le cahier des charges national prévu au présent article est publié dans les six mois suivant la promulgation de la loi n°..... du modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

« Les agences régionales de santé mettent en œuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu au présent article dans les deux ans suivant la promulgation de la loi n°..... du modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

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

Amendement n° AS 97 présenté par M. Guy Malherbe

Article 1

I. – Compléter l'alinéa 6 par les mots : « dont les pharmaciens titulaires d'une licence de pharmacie » ;

II. – En conséquence, à l'alinéa 12 après les mots : « une profession de santé », insérer les mots : « dont, pour les pharmaciens, la licence délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente ».

Amendement n° AS 98 présenté par M. Guy Malherbe

Article 2

Substituer aux alinéas 2 à 4 les six alinéas suivants :

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

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

« 2° Ne pas assurer d'hébergement ;

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

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

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

Amendement n° AS 99 présenté par M. Guy Malherbe

Article 6

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 100 présenté par M. Guy Malherbe

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

À la fin du premier alinéa de l'article L. 5125-21 du code de la santé publique, après le mot : « remplacer », sont insérés les mots : « par un pharmacien. »

Amendement n° AS 101 présenté par M. Guy Malherbe

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

La deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L.5125-17 du code de la santé publique est supprimée.

Amendement n° AS 102 présenté par M. Guy Malherbe

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

Après le dernier alinéa de l'article L.5125-7 du code de la santé publique il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 103 présenté par M. Guy Malherbe

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

La première phrase du quatrième alinéa de l'article L.5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Le nombre de licences prises en compte pour l'application des conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L.5125-11 à l'issue d'un regroupement d'officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre d'officines regroupées. »

Amendement n° AS 104 présenté par M. Yves Bur

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase de l'article L. 357-14, les mots : « la Caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

2° L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du livre II est ainsi rédigé : « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

3° Au premier alinéa des articles L. 215-5 et L. 216-1, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

4° À l'article L. 215-6, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

5° À l'article L. 215-3, les mots : « et celle de Strasbourg » sont supprimés.

6° L'article L. 215-7 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-7.* – La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace- Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt-et-un membres comprenant :

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

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

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

« 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

« Siègent également avec voix consultative :

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

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

« 7° L'article L. 215-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Les 1° à 6° du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

III. – Par dérogation à l'article L. 231-2, le mandat des membres des conseils d'administration de la caisse chargée de la santé au travail compétente pour la région Alsace-Moselle et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg expire le 31 décembre 2011

Amendement n° AS 105 présenté par MM. Yves Bur et Jean-Pierre Door

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

Le titre I^{er} du livre IV du code de la mutualité est ainsi modifié :

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

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

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

3° Le chapitre II est abrogé.

Amendement n° AS 106 présenté par MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door et Jean Léonetti

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 108 présenté par M. Yves Bur, modifié à l'initiative de Mme Valérie Boyer, rapporteure

Après l'article 9 bis A

Insérer l'article suivant :

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

« Les sites informatiques des établissements de santé comportent des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. Le site informatique de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut également publier les mêmes informations. »

Amendement n° AS 109 présenté par M. Yves Bur

Article 6

L'alinéa 2 est complété par les phrases suivantes :

« Le professionnel de santé tient à la disposition du patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. Le devis préalable mentionnera le ou les lieux de fabrication, « dans » ou « hors » Union Européenne. »

Amendement n° AS 110 présenté par M. Yves Bur

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

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

« *Art. 5121-10-3.* – Le titulaire d'un droit de propriété intellectuelle protégeant l'apparence et la texture des formes pharmaceutiques orales d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 ne peut interdire que les formes pharmaceutiques orales d'une spécialité générique susceptible d'être substituée à cette spécialité en application de l'article L. 5125-23 présentent une apparence et une texture identiques ou similaires. »

Amendement n° AS 111 présenté par MM. Dominique Tian et Guy Malherbe

Article 1^{er}

I. – À l'alinéa 20, après le mot : « associés », insérer les mots : « ainsi qu'à l'agence régionale de santé ».

II. – En conséquence, supprimer l'alinéa 21.

Amendement n° AS 112 présenté par MM. Dominique Tian et Guy Malherbe

Article 2

À la deuxième phrase de l'alinéa 4, après le mot : « transmis », insérer les mots : « pour information ».

Amendement n° AS 113 présenté par MM. Dominique Tian et Guy Malherbe

Article 3

Rédiger ainsi l'alinéa 3 :

« Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie un ou plusieurs syndicats reconnus représentatifs au niveau national ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges. »

Amendement n° AS 115 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 3 bis

Insérer l'article suivant :

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

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

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

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

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

Amendement n° AS 116 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 4

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 117 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 7 bis

À l'alinéa 2, substituer au nombre : « 700 », le nombre : « 300 ».

Amendement n° AS 118 présenté par M. Dominique Tian

Article 5

Compléter l'article par l'alinéa suivant :

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

Amendement n° AS 119 présenté par MM. Dominique Tian et Guy Malherbe

Après l'article 7 bis

Insérer l'article suivant :

I. – Après le 11° de l'article 6143-7 du code de la santé publique, il est inséré un 12° ainsi rédigé :

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

II. – Les 12°, 13°, 14°, 15° et 16° du même article L. 6143-7, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, deviennent des 13°, 14°, 15°, 16° et 17°.

Amendement n° AS 120 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

I. – Aux deuxième et troisième alinéa du XX et du XXI de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les mots : « Jusqu'à la date retenue en application de l'article précédent, » sont remplacés par les mots : « Jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 » ;

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux article 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 121 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 7 bis

Insérer l'article suivant :

À la fin de la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, après les mots : « et à leur gestion », sont insérés les mots : « notamment en matière d'externalisation des fonctions périphériques de l'offre de soins ».

Amendement n° AS 122 présenté par M. Dominique Tian

Article 10

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

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

Amendement n° AS 123 présenté par M. Dominique Tian

Article 11

Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

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

Amendement n° AS 124 présenté par M. Dominique Tian

Article 14 A

Rédiger ainsi cet article :

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

« 4° Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins au sens de l'article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres.

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

« Par dérogation aux dispositions ci-dessus, et dans le cas visé au quatrième alinéa de l'article L. 6133-7, un groupement de coopération sanitaire de droit privé peut être titulaire d'une

autorisation sanitaire précédemment exploitée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire établissement de santé composé de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé. »

Amendement n° AS 125 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

Après le premier alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le schéma régional d'organisation des soins est indicatif et n'est pas opposable aux professionnels de santé. »

Amendement n° AS 126 présenté par M. Dominique Tian

Article 14 A

Rédiger ainsi cet article :

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

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

« Chacun des membres des groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins, composés de personnes morales de droit public et de personnes de droit privé, érigés en établissement de santé à la date d'entrée en vigueur de la présente disposition, bénéficie d'un droit d'option exercé dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi permettant audit groupement de renoncer au statut de groupement de coopération ayant la qualité d'établissement de santé, et de relever en conséquence de la catégorie des groupements de coopération sanitaire de moyens visés aux deux premiers alinéas du 4° de l'article L. 6133-1.

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

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

de santé, ils peuvent décider d'opter pour le statut privé dudit groupement de coopération sanitaire par une délibération de l'assemblée générale adoptée à la majorité simple. »

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

Amendement n° AS 127 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 129 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

I. – L'article 1382 C du code général des impôts est ainsi rédigé :

« *Art. 1382 C.* – Les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre peuvent, par délibération prise dans les conditions prévues à l'article 1639 A *bis*, exonérer de taxe foncière sur les propriétés bâties, pour la part qui leur revient, les immeubles ou parties d'immeubles qui appartiennent aux établissements et services visés aux IX, XX et XXI de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et qui sont affectés aux activités médicales ou sociales et médico-sociales des groupements de coopération sanitaire ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

« Pour bénéficier de cette exonération, le propriétaire doit adresser, avant le 1^{er} janvier de la première année au titre de laquelle l'exonération est applicable, une déclaration au service des impôts du lieu de situation des biens comportant tous les éléments permettant leur identification. »

II. – La perte de recettes pour les collectivités territoriales est compensée par la majoration à due concurrence de la dotation globale de fonctionnement, et corrélativement pour l'État par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° AS 131 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 132 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'alinéa 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'assuré est un mineur qui requiert des soins et un accompagnement par une structure visée à l'article L. 312-1 3° du code de l'action sociale et des familles, ou par une structure de type « centre médico-psycho-pédagogique » rattachée à l'article L. 312-1 2° du code de l'action sociale et des familles, pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L.321-1. ».

II. – La perte de recettes pour l'État 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 n° AS 133 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 134 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

Après le premier alinéa de l'article L. 314-10 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 135 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

Au sixième alinéa de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « médecin coordonnateur », sont insérés les mots : « ou le représentant légal ».

Amendement n° AS 136 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 138 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

I. – L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

« A. – Le 3° du II est complété par une seconde phrase ainsi rédigée :

« Les aides individuelles ainsi versées par les établissements mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale leur sont remboursées directement par le fonds, dans le cadre d'une convention établie entre l'établissement et le fonds et approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. » ;

« B. – Au premier alinéa du III, après les mots : « au moyen de subventions ou d'avances remboursables », sont ajoutés les mots « avec les adaptations nécessaires liées au droit privé applicable aux établissements de santé privés bénéficiaires et à leurs relations contractuelles avec leurs personnels » ;

« C. – Après la première phrase du premier alinéa du IV, il est inséré une phrase ainsi rédigé :

« Dans ce cadre, une convention est établie entre le fonds et les établissements de santé privés mentionnés au b et au c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. Cette convention est approuvée par le ou les directeurs d'agence régionale de santé compétents. »

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux article 575 et 575 A du code général des impôts

Amendement n° AS 139 présenté par M. Dominique Tian

Avant l'article 9

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « et dans des cas exceptionnels » et après le mot : « peuvent » sont insérés les mots : « après l'avis conforme de la conférence médicale d'établissement ».

Amendement n° AS 140 présenté par M. Dominique Tian

Après l'article 5

Insérer l'article suivant :

La dernière phrase du deuxième alinéa 2 de l'article L. 1435-4 du code de la santé publique est supprimée.

Amendement n° AS 141 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 2

Substituer aux alinéas 2 à 4 les six alinéas suivants :

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

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

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

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

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

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

Amendement n° AS 142 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 2

Substituer à l'alinéa 5 les 5 alinéas suivants :

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

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

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

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

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

Amendement n° AS 143 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 6

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 144 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis A

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 145 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 6

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 146 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 147 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 148 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 6

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

Amendement n° AS 149 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 2

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

Amendement n° AS 150 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 2

Insérer l'article suivant :

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

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

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

Amendement n° AS 153 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Avant l'article 5

Insérer l'article suivant :

Le 1° de l'article L. 161-42 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 154 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 155 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 9 bis

À l'alinéa 2, après les mots : « les entreprises », insérer les mots : « et les membres des professions médicales ».

Amendement n° AS 156 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

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

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

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

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

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

Amendement n° AS 157 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 17

Insérer l'article suivant :

La deuxième phrase du cinquième alinéa de l'article L 5134-1 du code de la santé publique est supprimée.

Amendement n° AS 158 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

Le II *bis* de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

Amendement n° AS 159 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 160 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 20

Insérer l'article suivant :

L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 161 présenté par M. Christian Paul et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

Le second alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

Amendement n° AS 162 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques versus des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

Amendement n° AS 163 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle veille aussi à ce que les sites informatiques qui ne sont pas encore certifiés dédiés à la santé affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments. »

Amendement n° AS 164 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

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

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

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

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

Amendement n° AS 165 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 166 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 1161-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

Amendement n° AS 167 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

La dernière phrase de l'article L. 1161-4 du code de la santé publique est supprimée.

Amendement n° AS 168 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 1161-1 du code de la santé publique, après les mots : « contact direct », sont insérés les mots : « ou indirect ».

Amendement n° AS 169 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 1161-5 du code de la santé publique, après les mots : « contact direct », sont insérés les mots : « ou indirect ».

Amendement n° AS 170 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

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

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

Amendement n° AS 171 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-10 du même code est supprimée.

Amendement n° AS 172 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 9 bis

Insérer l'article suivant :

À l'article L. 5121-10 du code de santé publique, la phrase : « Préalablement à cette commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique informe le directeur général de l'agence des indications, formes pharmaceutiques et dosages de la spécialité de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. » est supprimée.

Amendement n° AS 173 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 18

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 174 présenté par Mme Catherine Lemorton et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

Après le neuvième alinéa de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

Amendement n° AS 175 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 3 bis A

Substituer aux alinéas 5 et 6 les deux alinéas suivants :

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

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

Amendement n° AS 176 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis

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

Amendement n° AS 177 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis

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

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

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

Amendement n° AS 178 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis

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

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

Amendement n° AS 179 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 10

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

Amendement n° AS 180 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 14 bis

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

Amendement n° AS 181 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 14 bis

À l'alinéa 6, après les mots : « de moyens », insérer les mots : « mentionnés à l'article L. 6114-1 du même code ».

Amendement n° AS 182 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 14 bis

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

Amendement n° AS 183 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Après l'article 14 bis

Insérer l'article suivant :

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

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

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

Amendement n° AS 184 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 16

Avant l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« I. – Le deuxième alinéa de l'article L 313-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Les autorisations délivrées aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de

drogues, à titre transitoire, pour une durée de trois ans et qui ne sont pas arrivées à échéance à la date de publication de la loi n°.....du.....modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, se voient appliquer les dispositions prévues au présent article pour la durée d'autorisation restant à courir, dans la limite de quinze ans. »

Amendement n° AS 185 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Après l'article 16

Insérer l'article suivant :

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

Amendement n° AS 186 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 18

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« II. – La seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 5125-17 du code de la santé publique est supprimée. »

Amendement n° AS 187 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 20

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

Amendement n° AS 189 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteur, et M. Guy Malherbe

Après l'article 3

Insérer l'article suivant :

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

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

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

Amendement n° AS 190 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 5

Rédiger ainsi l'alinéa 5 :

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

Amendement n° AS 191 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 7 bis

I. – Au deuxième alinéa du I, après le mot : « rapport », insérer le mot : « public ».

II. – Au quatrième alinéa du I, substituer aux mots : « à la seconde phrase de l'alinéa précédent », les mots : « au premier alinéa et à la seconde phrase du deuxième alinéa du présent article ».

Amendement n° AS 192 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Avant l'article 9

Insérer l'article suivant :

À la fin du deuxième alinéa de l'article 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le mot : « universitaires » est remplacé par le mot : « régionaux ».

Amendement n° AS 193 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9

Rétablir l'article 9 dans la rédaction suivante :

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

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

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

« 2° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

que les modalités du contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé sur ces fondations et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation. »

Amendement n° AS 194 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis A

Rédiger ainsi cet article :

« Le g du 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

Amendement n° AS 195 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 9 bis B

Rédiger ainsi cet article :

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

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

Amendement n° AS 196 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 12

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

Amendement n° AS 198 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 14 A

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« 4° L'alinéa 9 est supprimé. »

Amendement n° AS 199 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Après l'article 14 A

Insérer l'article suivant :

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

1° La deuxième phrase est complétée par les mots :

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

2° Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les produits sanguins labiles ».

Amendement n° AS 200 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 17

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 201 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 21

Rédiger ainsi le III :

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

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

Amendement n° AS 202 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

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

Amendement n° AS 203 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

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

Amendement n° AS 204 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

À l'alinéa 3, après le mot : « hébergement », insérer les mots : « de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 ».

Amendement n° AS 205 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

À l'alinéa 3,

1° Substituer aux mots : « Elle assure », les mots : « Ils assurent » ;

2° Substituer au mot : « peut », le mot : « peuvent » ;

3° Substituer aux mots : « elle élabore », les mots : « ils élaborent ».

Amendement n° AS 206 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

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

Amendement n° AS 207 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 2

Compléter l'alinéa 4 par les mots suivant : « Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par tout professionnel de santé dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Amendement n° AS 208 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteur, et M. Christian Paul

Article 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

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

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

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

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

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

Amendement n° AS 209 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 4

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

Amendement n° AS 210 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 5

Rédiger ainsi cet article :

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

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

Amendement n° AS 211 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 6

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

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

Amendement n° AS 212 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Après l'article 6

Insérer l'article suivant :

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

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

2° Le titre IX est ainsi modifié :

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

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

« Chapitre III *bis*

« Assistants dentaires

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

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

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

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

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

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

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

« b) Soit par un pays tiers, à condition que soit fournie une attestation émanant de l'autorité compétente de l'État membre ou de l'État partie qui a reconnu le ou les diplômes, certificats ou autres

titres, certifiant que le titulaire de ce ou ces diplômes, certificats ou autres titres a une expérience professionnelle dans cet État de deux ans au moins ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 4393-14.* – Les professionnels disposent d'un délai de trois mois à compter de la publication de la loi n°du modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires pour satisfaire à l'obligation d'enregistrement prévue à l'article L. 4393-12.

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

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

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

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

Amendement n° AS 213 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

II. – En conséquence,

A. – À l'alinéa 12, procéder à la même substitution ;

B. – À l'alinéa 13, substituer aux mots « professions de santé » le mot : « professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien. »

Amendement n° AS 214 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

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

Amendement n° AS 215 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

Amendement n° AS 216 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

Amendement n° AS 217 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

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

Amendement n° AS 218 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

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

« Les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle. »

Amendement n° AS 219 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Article 1^{er}

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

Amendement n° AS 220 présenté par Mme Valérie Boyer, rapporteure

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

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

II. – Après l'article 45 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, il est inséré un article 45-2 ainsi rédigé :

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

III. – Le décret prévu à l'article 45-2 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est publié au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi.

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

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

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

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

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

– définir des missions types d'expertise médicale ;

– dresser chaque année un bilan annuel de l'application du présent article.

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

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

VI. – La perte de recettes pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux 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.

Présences en réunion

Réunion du mardi 29 mars 2011 à 21 heures

Présents. – M. Élie Aboud, M. Gérard Bapt, Mme Valérie Boyer, M. Yves Bur, Mme Martine Carrillon-Couvreur, Mme Marie-Françoise Clergeau, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Pascale Gruny, M. Paul Jeanneteau, Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, M. Guy Malherbe, M. Jean Mallot, M. Pierre Méhaignerie, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Bérengère Poletti, M. Jean-Luc Prél, M. Jean-Marie Rolland, Mme Valérie Rosso-Debord, M. Fernand Siré

Excusés. - M. Jean-François Chossy, M. Claude Leteurtre

Assistait également à la réunion. - Mme Annick Le Loch