



N° 3293

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 mars 2011.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI, ADOPTÉE PAR LE SÉNAT, *modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,*

PAR Mme Valérie BOYER,

Députée.

Voir les numéros :

Sénat :

65 rect., 294, 295 et T.A. 80 (2010-2011).

Assemblée nationale :

3238.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
I.- LA MODERNISATION DE LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	11
A. LA PROPOSITION DE LOI INITIALE NE CONCERNAIT PAS, À TITRE PRINCIPAL, LE TITRE I ^{ER} DE LA LOI DITE « HPST ».....	11
1. La nouvelle gouvernance des établissements de santé n'est pas modifiée.....	11
2. La proposition de loi initiale contenait néanmoins quelques dispositions relatives aux établissements de santé.....	12
B. LES TRAVAUX DU SÉNAT ONT SUPPRIMÉ CERTAINES DISPOSITIONS DE LA PROPOSITION DE LOI INITIALE ET INTRODUIT PLUSIEURS ARTICLES NOUVEAUX RELATIFS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	13
1. Le Sénat a supprimé plusieurs dispositions de la proposition de loi initiale.....	13
2. Le Sénat a introduit plusieurs articles nouveaux.....	13
C. LES TRAVAUX DE L'ASSEMBLÉE ONT PERMIS D'ENRICHIR ENCORE LE TEXTE.....	14
1. L'Assemblée nationale a rétabli des dispositions de la proposition de loi hâtivement supprimées par le Sénat.....	14
2. Certaines dispositions ont été utilement précisées.....	15
3. Plusieurs articles additionnels ont été introduits.....	16
II.- ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ	19
A. EXERCICE PROFESSIONNEL REGROUPE : UNE PRATIQUE À ENCOURAGER.....	19
1. La création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.....	19
2. Le renforcement du statut des maisons de santé.....	20
B. EXERCICE MÉDICAL DE PROXIMITÉ : UNE APPROCHE INCITATIVE ET CONTRACTUELLE.....	21
1. La suppression du volet coercitif des contrats de santé-solidarité et de l'obligation de déclaration des absences programmées.....	22
2. Le maintien des contrats de santé publique et des contrats de bonne pratique.....	22

C. TRANSPARENCE DES SOINS PROTHÉTIQUES ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DENTAIRES	23
1. La transparence des soins prothétiques	23
2. La reconnaissance de la profession d'assistant dentaire	24
D. DIVERSES MESURES RELATIVES À L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA POPULATION	25
1. La reconnaissance du plein exercice de la médecine par les internes	25
2. Le regroupement des pharmacies d'officine	25
3. Le droit des mutuelles de moduler leurs prestations	26
4. La réforme de la responsabilité civile des professionnels de santé	27
III.- PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE	29
A. ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT	29
1. La publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins	29
2. La mise en œuvre des recommandations de la MECSS sur la politique du médicament	29
B. DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES À LA SANTÉ PUBLIQUE	30
1. La réforme de la réserve sanitaire	30
2. La lutte contre la propagation internationale des maladies	31
3. La compétence des sages-femmes en matière de contraception	31
4. Le dépistage précoce des troubles de l'audition	31
IV.- ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ	33
A. LA MISE EN PLACE DES ARS	33
1. La prorogation des schémas régionaux d'organisation sanitaire	33
2. La simplification de la procédure d'adoption du projet régional de santé (PRS)	34
3. L'affirmation du caractère non opposable des schémas régionaux d'organisation des soins pour le secteur ambulatoire	34
4. La création d'une Carsat en Alsace-Lorraine	34
B. DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES AU DOMAINE MÉDICO-SOCIAL	35
1. La transformation d'établissements	35
2. La prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)	36
3. Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale	36

TRAVAUX DE LA COMMISSION	39
I.- DISCUSSION GÉNÉRALE	39
II.- EXAMEN DES ARTICLES	41
<i>Article 1^{er}</i> (articles L. 4041-1 à L. 4043-2 [nouveaux] du code de la santé publique) : Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.....	41
<i>Article 2</i> (article L. 6323-3 du code de la santé publique) : Maisons de santé	52
<i>Après l'article 2</i>	62
<i>Article 3</i> (article L. 1434-8 du code de la santé publique) : Suppression du caractère coercitif du contrat de santé-solidarité.....	62
<i>Après l'article 3</i>	66
<i>Article 3 bis AA (nouveau)</i> (article L. 1434-7 du code de la santé publique) : Respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé par le schéma régional d'organisation des soins.....	69
<i>Après l'article 3</i>	70
<i>Article 3 bis AB (nouveau)</i> (article L. 4111-1-1 [nouveau] du code de la santé publique) : Exercice de la médecine par les internes en année de séniorisation	71
<i>Article 3 bis AC (nouveau)</i> (article L. 4131-2-1 [nouveau] du code de la santé publique) : Remplacement de médecin salarié d'un établissement de santé	73
<i>Article 3 bis AD (nouveau)</i> (article L. 6161-4 [nouveau] du code de la santé publique) : Possibilité pour l'ARS de fixer une proportion minimale d'actes facturés au tarif opposable dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	74
<i>Après l'article 3</i>	74
<i>Article 3 bis A</i> (articles L. 6161-9 et L. 6161-5-1 du code de la santé publique et article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles) : Interventions des professionnels de santé libéraux dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.....	76
<i>Article 3 bis</i> (article L. 6112-3-2 [nouveau] du code de la santé publique) : Modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé	78
<i>Après l'article 3 bis</i>	80
<i>Article 4</i> (article L. 6315-1 du code de la santé publique) : Suppression de l'obligation pour les médecins de déclarer leurs absences programmées	82
<i>Article 5 A (nouveau)</i>	87
<i>Article 5</i> (articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la santé publique) : Rétablissement des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique.....	87
<i>Après l'article 5</i>	90
<i>Article 6</i> (article L. 1111-3 du code de la santé publique) : Aménagement de l'obligation d'information sur le prix d'achat des prothèses dentaires	90
<i>Après l'article 6</i>	98
<i>Article 6 bis (nouveau)</i> (articles L. 4393-8 à 4393-14 [nouveaux] et article L. 4394-4 [nouveau] du code de la santé publique) : Reconnaissance de la profession d'assistant dentaire.....	98

<i>Article 6 ter (nouveau)</i> : Rapport sur la promotion de l'aide à la complémentaire santé.....	100
<i>Article 7</i> (article L. 6323-1 du code de la santé publique) : Suspension ou fermeture des centres de santé par le directeur général de l'ARS.....	101
<i>Article 7 bis</i> (articles L. 132-3-3 et L. 111-9-2 du code des juridictions financières) : Champs de compétence des commissaires aux comptes et de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements publics de santé.....	102
<i>Après l'article 7 bis</i>	108
<i>Article 7 ter (nouveau)</i> (articles L. 6143-1, L. 6143-7 et L. 6145-7 du code de la santé publique) : Faculté donnée aux établissements publics de santé d'exercer des activités subsidiaires à leurs activités principales.....	108
<i>Article 7 quater (nouveau)</i> (article L. 6143-7 du code de la santé publique) : Établissement d'un bilan patrimonial annuel pour les établissements publics de santé.....	110
<i>Après l'article 7 bis</i>	112
<i>Article 8</i> (article L. 162-45 du code de la sécurité sociale) : Pouvoir de décision des ARS en matière de prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie de dépenses des réseaux de santé.....	113
<i>Article 9 A (nouveau)</i> (article L. 6143-5 du code de la santé publique) : Participation du Directeur de la caisse d'assurance maladie aux séances du Conseil de surveillance des hôpitaux.....	114
<i>Après l'article 8</i>	114
<i>Article 9 B (nouveau)</i> (article 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986) : Coordination.....	115
<i>Article 9</i> (article L. 6141-7-3 du code de la santé publique) : Fondations hospitalières.....	115
<i>Article 9 bis A</i> (article L. 221-1 du code de la sécurité sociale) : Bilan de la prévalence des actes chirurgicaux.....	119
<i>Article 9 bis BA (nouveau)</i> (article L. 1111-3 du code de la santé publique) : Publication des tarifs des praticiens sur les sites informatiques des établissements de santé.....	122
<i>Article 9 bis B</i> (article 6152-7 du code de la santé publique) : Expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers travaillant à temps partiel dans les collectivités d'outre-mer.....	123
<i>Après l'article 9 bis B</i>	125
<i>Article 9 bis</i> (article L. 4113-6-1 du code de la santé publique) : Publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins.....	126
<i>Après l'article 9 bis</i>	128
<i>Article 9 ter (nouveau)</i> (article L. 5121-10 du code de la santé publique) : Suppression de l'obligation d'informer le laboratoire princeps d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un générique.....	130
<i>Article 9 quater (nouveau)</i> (article L. 5121-10-2 du code de la santé publique) : Apparence et texture des médicaments génériques.....	132
<i>Article 9 quinquies (nouveau)</i> (article L. 161-38 du code de la sécurité sociale) : Information du public par les sites informatiques publics dédiés à la santé et aux médicaments.....	133

<i>Article 9 sexies (nouveau)</i> (article L. 162-17 du code de la sécurité sociale) : Appréciation de l'amélioration du service médical rendu avant l'autorisation de mise sur le marché	134
<i>Article 9 septies (nouveau)</i> (article L. 162-17 du code de la sécurité sociale) : Classement par la HAS des médicaments en fonction de l'amélioration du service médical rendu	136
<i>Article 10</i> (articles L. 3131-2, L. 3131-5, L. 3131-6, L. 3131-10, L. 3131-11, L. 3132-1, L. 3132-3, L. 3133-1, L. 3133-7, L. 3134-1, L. 3134-2, L. 3134- 6, et L. 3135-1 du code de la santé publique) : Réforme de la réserve sanitaire	138
<i>Article 11</i> (articles L. 3115-5 et L. 3116-5 du code de la santé publique) : Lutte contre la propagation internationale des maladies	141
<i>Article 12</i> : Dispense du consentement exprès des personnes concernées par le transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel déjà collectées par les établissements de santé	142
<i>Article 12 bis (nouveau)</i> Article L. 1111-20 du code de la santé publique) : Report du terme de l'expérimentation du dossier médical sur support portable.....	146
<i>Article 13</i> (article L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale) : Fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides.....	147
<i>Après l'article 13</i>	149
<i>Article 14 A</i> (article L. 6133-3 du code de la santé publique) : Aménagement des dispositions relatives au Groupements de coopération sanitaire	150
<i>Article 14 A bis (nouveau)</i> (article L. 1221-10 du code de la santé publique) : Autorisation donnée aux groupements de coopération sanitaires de créer un dépôt de sang	158
<i>Article 14 A ter (nouveau)</i> (article L. 6122-18 du code de la santé publique) : Dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie	159
<i>Après l'article 14 A</i>	160
<i>Article 14</i> (article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles) : Groupement de coopération sociale ou médico-sociale.....	161
<i>Article 14 bis</i> (article L. 6122-2 du code de la santé publique) : Prorogation des schémas régionaux d'organisation des soins.....	163
<i>Après l'article 14 bis</i>	165
<i>Article 14 ter (nouveau)</i> (article L. 1434-3 du code de la santé publique) : Simplification de la procédure d'adoption des projets régionaux de santé.....	166
<i>Article 15</i> (article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) : Budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	167
<i>Article 16</i> (article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles) : Procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux	170
<i>Après l'article 16</i>	172
<i>Article 16 bis A (nouveau)</i> (article L. 322-3 du code de la sécurité sociale) : Prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho- pédagogiques	174
<i>Après l'article 16</i>	175

<i>Article 16 bis</i> (article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles) : Schémas d'organisation sociale et médico-sociale.....	176
<i>Après l'article 16 bis</i>	177
<i>Article 17</i> (article L. 1434-7 du code de la santé publique) : Développement des alternatives à l'hospitalisation et des dialyses à domicile.....	177
<i>Article 17 bis (nouveau)</i> (article L. 5134-1 du code de la santé publique) : Compétence des sages-femmes en matière de contraception.....	179
<i>Article 18</i> (article L. 5125-15 du code de la santé publique) : Regroupement de pharmacies d'officine.....	180
<i>Après l'article 18</i>	183
<i>Article 19</i> (article L. 6147-9 du code de la santé publique) : Service de santé des armées.....	185
<i>Article 20</i> (articles L. 1313-5, L. 4112-2, L. 4123-10, L. 4123-12, L. 4123-9, L. 4142-5, L. 4152-8, L. 4232-5, L. 6142-11, L. 5463-1, L. 5463-1, L. 4321-16, L. 3711-4, L. 5126-2, L. 5126-3, L. 6122-6, L. 6141-7-2, L. 6145-8, L. 6148-1, L. 6162-8 et L. 6163-9 du code de la santé publique ; articles L. 313-22-1, L. 313-3 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles ; article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004) : Mesures de coordination suite à la mise en place des ARS.....	187
<i>Après l'article 20</i>	189
<i>Article 21</i> (article L. 3822-5 du code de la santé publique) : Dispositions relatives à l'outre-mer.....	190
<i>Article 22 (nouveau)</i> (article L. 112-1 du code de la mutualité) : Droit des mutuelles de moduler leurs prestations lorsque l'assuré a recours à un réseau de soins avec lequel elles ont contracté.....	191
<i>Article 23 (nouveau)</i> (articles L. 411-2 et L. 411-3 du code de la mutualité) : Composition du Conseil supérieur de la mutualité.....	194
<i>Article 24 (nouveau)</i> (article L. 1142-21-1 du code de la santé publique) : Responsabilité civile des professionnels de santé.....	195
<i>Article 25 (nouveau)</i> (article L. 2132-2-2 du code de la santé publique) : Généralisation du dépistage précoce des troubles de l'audition.....	196
<i>Article 26 (nouveau)</i> (articles L. 357-4, L. 215-5, L. 216-1, L. 215-6, L. 215-3, L. 215-7 et L. 215-2 du code de la sécurité sociale) : Fusion de la caisse régionale d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle.....	198
TABLEAU COMPARATIF	201
ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF	311
AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION	359
ANNEXE LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	417

INTRODUCTION

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 cette proposition de loi n'est bien sûr pas de remettre en cause les grands principes de cette loi : réforme de la gouvernance de l'hôpital public, mise en place des ARS, amélioration du système de permanence des soins, réforme du pilotage national de notre système de santé, revalorisation de la médecine générale ou encore régulation de la démographie des professionnels de santé.

Il ne s'agit pas de préempter les travaux du comité institué par l'article 35 de la loi, chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des établissements de santé, et qui devrait remettre au Parlement le résultat de ses travaux en juillet prochain.

En revanche, la proposition de loi signée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade vient, sans remettre en cause l'équilibre du texte, aménager certaines mesures dont l'application est apparue trop complexe ou excessivement lourde administrativement et qui ont été très mal perçues par les professionnels de santé, sans qu'aucune grande réforme sanitaire ne peut être menée.

Le texte ne modifie que marginalement le titre I^{er} de la loi HPST, relatif à la modernisation des établissements de santé, à l'exception notable des mesures relatives aux fondations hospitalières et au partage des données à caractère personnel des patients.

Les principales mesures de la proposition de loi portent sur le titre II de la loi HPST, relatif à l'accès aux soins de la population. Le phénomène des « déserts médicaux » est un sujet de forte inquiétude pour tous et mérite tous les efforts de la puissance publique. Mais contrairement à ceux qui proposent des mesures purement coercitives, nous estimons que seules l'amélioration des conditions d'exercice de la profession et les mesures incitatives permettront de répondre à ce qu'on peut nommer une véritable crise de la médecine libérale.

C'est pourquoi le texte propose des mesures destinées à rétablir la confiance avec les professionnels – dispositions relatives à la responsabilité civile professionnelle afin de répondre à leurs inquiétudes ; suppression du volet coercitif du contrat de santé-solidarité et rappel de la liberté d'installation des médecins ; incitation à l'exercice en commun – tout en garantissant une meilleure information et un meilleur accès aux soins des patients – transparence sur le prix des prothèses ; modulation des tarifs des mutuelles ; meilleur maillage territorial des pharmacies d'officine.

En matière de prévention et de santé publique, objet du titre III de la loi HPST, le texte présente quelques avancées majeures avec notamment la publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins ; la mise en œuvre des recommandations de la MECSS sur la politique

du médicament ; le dépistage précoce des troubles de l'audition pour les enfants, ou encore la reconnaissance des compétences des sages-femmes en matière de contraception.

Enfin, diverses mesures viennent simplifier et affiner les règles relatives au secteur médico-social fixées par le titre IV de la loi HPST. Sans revenir sur l'économie de la loi, ces dispositions précisent les conditions de transformation des établissements sociaux et médico-sociaux, adaptent le processus de financement des projets par la CNSA et sécurisent le statut des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Les priorités de la majorité en matière de santé publique, affirmées par la loi HPST, sont restées inchangées. Mais en rendant la loi HPST plus opérationnelle, en renouant le dialogue avec l'ensemble des professionnels de santé, cette proposition de loi s'inscrit dans une logique pragmatique, à l'écoute des acteurs de terrain et au service des besoins de la population.

I.- LA MODERNISATION DE LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A. LA PROPOSITION DE LOI INITIALE NE CONCERNAIT PAS, À TITRE PRINCIPAL, LE TITRE I^{ER} DE LA LOI DITE « HPST »

À quelques rares exceptions près, la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ne revenait pas sur les dispositions relatives aux établissements de santé.

1. La nouvelle gouvernance des établissements de santé n'est pas modifiée

Consacré à la modernisation des établissements de santé, le titre I^{er} de la loi dite HPST a profondément modifié le statut, la gouvernance et les missions de ces établissements.

Ce titre a, en premier lieu, redéfini plus précisément les missions des établissements de santé et pris en compte la spécificité de l'ancien secteur des établissements privés sans but lucratif participant au service public hospitalier dit PSPH, en créant une nouvelle catégorie d'établissements soumis à des obligations particulières : les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

La gouvernance des établissements publics de santé a, en second lieu, été clarifiée par la mise en place de nouvelles instances de pilotage afin de doter l'hôpital d'une chaîne hiérarchique claire qui responsabilise davantage le directeur d'établissement et lui confie les outils d'une gestion dynamique, notamment avec l'ouverture du recrutement des personnels de direction à de nouveaux profils et la création d'un nouveau contrat de droit public plus attractif.

Enfin, la lisibilité des dispositifs de coopération territoriale a été améliorée par la création des communautés hospitalières de territoire (CHT), qui sont devenues la forme de droit commun des recompositions hospitalières publiques, et par la simplification du régime du groupement de coopération sanitaire (GCS).

Si les nouveaux outils de la gouvernance se sont mis rapidement en place sans difficulté particulière, il est encore trop tôt pour y apporter d'éventuels aménagements, car il convient au préalable de laisser aux acteurs le temps de s'approprier pleinement ce nouveau cadre.

C'est donc très sagement que la proposition de loi ne concernait pas initialement le titre I^{er} de la loi 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 remettra au plus tard le 21 juillet 2011 un rapport au Parlement qui pourra alors servir de base à d'éventuels futurs ajustements.

2. La proposition de loi initiale contenait néanmoins quelques dispositions relatives aux établissements de santé

a) L'assouplissement du statut des fondations hospitalières

L'article 9 avait ainsi pour objet 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 était apparue inadaptée au but recherché.

En effet, outre une procédure de création inutilement complexe, avec notamment l'acquisition de la personnalité morale et la reconnaissance d'utilité publique accordée par décret en Conseil d'État sur le rapport du ministre chargé de la santé, le statut juridique des fondations hospitalières se caractérisait jusqu'ici par la mise en place d'une gouvernance inadaptée, qui ne permet pas aux décideurs hospitaliers de conserver le contrôle de la recherche qui s'effectuerait au travers de leurs établissements.

b) La simplification du transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel hébergées par des établissements de santé

L'article 12 visait à remédier aux difficultés que de nombreux établissements de santé éprouvent, pour des raisons de place, à conserver les dossiers médicaux sur support papier en leur sein en donnant une base législative au transfert de ces données auprès d'un tiers agréé. Son objet était ainsi de dispenser les établissements de santé de recueillir le consentement exprès des personnes concernées par le transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel collectées avant la date de promulgation de la présente proposition de loi.

L'obligation actuelle de recueillir le consentement de tout patient avant chaque transfert de données s'avère en effet difficilement applicable en pratique. Devant le nombre considérable de mètres linéaires stockés et la difficulté, voire l'impossibilité matérielle, pour les établissements de santé de rechercher les patients dont la sortie a déjà été effectuée, de leur envoyer un formulaire afin de recueillir leur consentement exprès, de suivre les retours de ces formulaires, d'effectuer des relances et d'assurer un transfert sélectif pour les seuls dossiers pour lesquels un consentement a été donné expressément, l'article 12 limite la nécessité de recueillir un consentement exprès au transfert des données de santé à caractère personnel aux seuls patients qui seront admis postérieurement à la promulgation de la présente proposition de loi.

c) La fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides par l'ARS d'Île de France

L'article 13 avait pour objet de donner au directeur général de l'agence régionale de santé d'Île de France la possibilité de fixer directement la dotation

annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides (INI), dont le montant est aujourd'hui fixé chaque année par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, afin de donner à l'ARS d'Île de France compétence sur l'ensemble des financements des établissements de santé situés dans son territoire.

B. LES TRAVAUX DU SÉNAT ONT SUPPRIMÉ CERTAINES DISPOSITIONS DE LA PROPOSITION DE LOI INITIALE ET INTRODUIT PLUSIEURS ARTICLES NOUVEAUX RELATIFS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Le Sénat a supprimé plusieurs dispositions de la proposition de loi initiale

Faisant valoir les inconvénients qu'il y aurait d'affranchir les fondations hospitalières des règles applicables aux fondations reconnues d'utilité publique, le Sénat a décidé de supprimer **l'article 9** relatif aux fondations hospitalières dès le stade de l'examen en commission pour s'en tenir au texte en vigueur de la loi HPST.

De la même façon, le Sénat a supprimé, dès l'examen en commission des affaires sociales, **l'article 12** relatif au transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel, en considérant que le dispositif proposé ne protégeait pas suffisamment le droit au respect de la vie privée qui requiert que soit observée une particulière vigilance dans la collecte et le traitement des données à caractère personnel de nature médicale, ainsi que **l'article 13** relatif à la fixation par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île de France de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides, en estimant que l'ouverture de l'INI encore limitée au monde non combattant ne justifiait pas d'étendre la compétence de l'ARS d'Île de France à cette institution.

2. Le Sénat a introduit plusieurs articles nouveaux

L'article 7 bis a ainsi précisé 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 qui deviendra obligatoire à compter de 2015.

L'article 14 A, relatif aux coopérations hospitalières, issu du vote d'un amendement du Gouvernement en séance publique, a rétabli, d'une part, la catégorie des GCS érigés en établissements de santé que le Sénat avait supprimé en commission, de façon à ne pas compromettre l'avenir d'un certain nombre de projets de recomposition de l'offre de soins sur le territoire, et assoupli, d'autre part, les possibilités de choix du statut juridique des GCS de moyens en rétablissant la possibilité pour les membres de GCS de moyens public-privé de choisir librement la nature juridique de leur groupement. La rédaction de l'article 14 A proposée par le Gouvernement est une avancée positive saluée par l'ensemble des fédérations hospitalières, même si la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et la Fédération des établissements hospitaliers et

d'aide à la personne (FEHAP) demeurent réservées sur le caractère opérationnel du recours au GCS établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés et auraient souhaité aller plus loin en rétablissant la possibilité d'exploitation par les membres d'un GCS d'une autorisation d'activité de soins restant détenue par l'un de ses membres sans que le GCS soit pour autant titulaire de l'autorisation et érigé en établissements de santé.

L'article 19 a ouvert, de façon à favoriser une meilleure synergie des hôpitaux d'instruction des armées avec les autorités sanitaires civiles, la possibilité pour le service de santé des armées (SSA) de participer aux réseaux de santé et aux groupements de coopération sanitaire.

Certains des articles additionnels introduits par le Sénat reprennent par ailleurs des dispositions assez consensuelles déjà adoptées par le Parlement mais censurées par le Conseil constitutionnel qui avait estimé à l'époque que ces dispositions n'avaient pas d'effet ou avaient un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et que, par suite, elles ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

On peut citer dans cette catégorie **l'article 9 bis A** qui a pour objet d'étendre le rôle de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en chargeant cette dernière de publier annuellement un bilan national et comparatif par région de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé, **l'article 9 bis B** qui ouvre la possibilité pour les établissements publics de santé de mettre en place des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel dans les collectivités d'outre-mer, ou **l'article 17** qui prévoit que le schéma régional d'organisation des soins (SROS) favorise le développement des alternatives à l'hospitalisation et des activités de dialyse à domicile.

C. LES TRAVAUX DE L'ASSEMBLÉE ONT PERMIS D'ENRICHIR ENCORE LE TEXTE

1. L'Assemblée nationale a rétabli des dispositions de la proposition de loi hâtivement supprimées par le Sénat

Si la suppression de **l'article 13** relatif à la fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides ne posait pas de problème, il n'en est pas de même de **l'article 9**, relatif aux fondations hospitalières, et de **l'article 12**, relatif au transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel hébergés par les établissements de santé.

a) Les fondations hospitalières

L'Assemblée nationale a rétabli le texte initial de l'**article 9** qui assouplit le régime juridique des fondations hospitalières.

Il était en effet impératif de remédier aux problèmes opérationnels posés par la rédaction actuelle des dispositions législatives afférentes aux fondations hospitalières afin de ne pas compromettre la réussite de ces fondations, indispensables pour mieux promouvoir la recherche clinique, favoriser les partenariats publics/privés, relancer la dynamique de recherche biomédicale, promouvoir le financement privé de la recherche publique et adapter les fondations aux spécificités du monde hospitalier.

b) Le transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel

De même, les dispositions de l'**article 12** ont également été rétablies par la commission des affaires sociales, dans le plein respect des droits des patients puisque l'hébergement des données de santé à caractère personnel sur support papier sera confié à une personne physique ou morale bénéficiant d'un agrément octroyé par le ministre chargé de la culture tandis qu'un décret en Conseil d'État encadrera étroitement la relation entre l'établissement de santé et l'hébergeur en déterminant notamment de façon précise le contenu obligatoire du contrat de prestation.

De plus, la sous-traitance des dossiers auprès des hébergeurs garantira dans bien des cas une meilleure conservation des dossiers que dans les établissements de santé et, par suite, assurera donc un meilleur accès du patient à son dossier.

2. Certaines dispositions ont été utilement précisées

Ainsi, l'**article 9 bis A** a été modifié, sur l'initiative de la rapporteure, afin, d'une part, d'élargir le bilan national et comparatif par région de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé aux informations sur les séjours qui y sont réalisés et, d'autre part, de confier la responsabilité de l'établissement de ce bilan aux agences régionales de santé.

Tout en partageant le souhait du Sénat de bénéficier d'un éclairage et de données sur la pertinence des soins délivrés, de façon à amener les professionnels de santé à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles et à mettre en lumière des marges de progrès possible, il est en effet apparu que cette mission devrait plutôt revenir aux ARS puisqu'elles sont chargées du pilotage de l'activité des établissements et disposent d'une connaissance fine de leur activité et de ses liens éventuels avec les besoins de la population.

3. Plusieurs articles additionnels ont été introduits

À côté de dispositions relativement mineures, comme la représentation du directeur de la caisse d'assurance maladie au conseil de surveillance d'un établissement public de santé (**article 9 A**) ou de simple coordination (**article 9 B**), plusieurs dispositions significatives ont par ailleurs été introduites par la commission des affaires sociales.

a) Les activités subsidiaires des établissements publics de santé

De manière à mieux assurer l'efficacité et l'adaptation des établissements publics aux défis qu'ils doivent relever et à garantir par là même l'égalité des chances entre ces établissements et les établissements privés, l'**article 7 ter** a assoupli et modernisé, sur le modèle des mécanismes qui s'appliquent déjà aux établissements publics industriels et commerciaux, les modes de gestion des établissements publics de santé en ouvrant la faculté pour ces derniers d'exercer des activités subsidiaires à leurs activités principales, qu'il s'agisse de la valorisation industrielle et commerciale des résultats de la recherche ou de la gestion du domaine privé des établissements publics de santé.

b) Le bilan patrimonial des établissements publics de santé

L'**article 7 quater** a prévu, dans un objectif de gestion médico-économique plus active du patrimoine hospitalier, que le directeur d'un établissement public de santé présente obligatoirement au conseil de surveillance un bilan patrimonial annuel détaillé et réévalué chaque année.

c) La diffusion sur les sites informatiques des établissements de santé d'informations relatives aux honoraires des professionnels de santé

L'**article 9 bis BA** a pour objet de permettre la diffusion sur les sites informatiques des établissements de santé et sur le site informatique de la CNAMTS d'informations relatives aux honoraires des professionnels de santé qui y exercent.

d) La création d'un dépôt de sang par les groupements de coopération sanitaire

Si la rapporteure s'est opposée au rétablissement de la possibilité d'exploitation par les membres d'un GCS d'une autorisation d'activité de soins restant détenue par l'un de ses membres sans que le GCS soit pour autant titulaire de l'autorisation et érigé en établissements de santé, en considérant que cette proposition n'est pas conforme au droit des autorisations sanitaires, ne garantit pas les règles de qualité et de sécurité des soins, et pose de lourdes questions en matière de responsabilité de la prise en charge des patients et de circuit de facturation, elle reste néanmoins pleinement attachée au développement des coopérations hospitalières et a dans cet esprit fait adopter un **article 14 bis A** visant à autoriser des groupements de coopération sanitaire (GCS) à créer un dépôt

de sang, pour éviter notamment l'ouverture de deux dépôts de sang contigus, dans des établissements de santé imbriqués physiquement ou, très proches géographiquement.

Cette nouvelle disposition devrait permettre, d'une part, de limiter la multiplication des dépôts et des moyens humains et matériels nécessaires à leur fonctionnement et, d'autre part, de faciliter la gestion de la disponibilité des stocks de produits sanguins labiles et l'accès à la ressource régionale voire le cas échéant de réduire les destructions de produits sanguins labiles.

e) L'expérimentation de plateaux d'imagerie complets

L'article 14 A *ter* vise à mettre en place un régime d'autorisation expérimental par les agences régionales de la santé, sur la base du volontariat et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées.

II.- ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

A. EXERCICE PROFESSIONNEL REGROUPÉ : UNE PRATIQUE À ENCOURAGER

La proposition de loi vise à encourager l'exercice professionnel regroupé, dont on sait qu'il constitue une réponse efficace aux « déserts médicaux » et à la crise de vocation vis-à-vis de la médecine libérale, par la création de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires et la clarification du statut des maisons de santé.

1. La création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires

L'article 1^{er} vise à créer une forme de société civile *ad hoc* qui permette le développement de nouveaux modes de rémunération et encourage ainsi l'exercice regroupé pour les professionnels de santé.

Un récent rapport sur les maisons de santé ⁽¹⁾ ainsi que le rapport rendu par Mme Elizabeth Hubert au président de la République ⁽²⁾ ont tout deux pointé la fragilité juridique des regroupements professionnels. En effet, les professionnels qui exercent en maison de santé doivent aujourd'hui combiner différents statuts (société d'exercice libéral, association loi 1901, société civile de moyens, *etc.*), ce qui introduit des risques sociaux et fiscaux majeurs et pose des problèmes de responsabilité professionnelle. De plus, ces structures ne peuvent pas recevoir les nouveaux modes de rémunération mis en place à titre expérimental par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Or, il s'agit d'un enjeu majeur du développement de l'exercice professionnel regroupé.

Il fallait donc trouver une solution qui permette la perception de subventions de l'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales pour le compte des professionnels par la structure ; la redistribution des revenus entre les professionnels ; le maintien de la possibilité d'un exercice libéral pour les professionnels ; la simplification des règles d'entrée et de sortie des professionnels et une certaine souplesse dans la composition.

Après des mois de concertation entre les professionnels et les ministères de la santé, des finances et la justice, la solution des sociétés interprofessionnelles

(1) Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, *rapport remis par M. Jean-Marc Juilhard, Mme Bérengère Crochemore, Mme Annick Touba et M. Guy Vallancien à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, Mme Fadela Amara, secrétaire d'État à la politique de la ville, et M. Hubert Falco, secrétaire d'État à l'aménagement du territoire, janvier 2010.*

(2) Mission de concertation sur la médecine de proximité, *rapport remis par le Mme. Elisabeth Hubert au Président de la République, novembre 2010.*

de soins ambulatoires (SISA), à la fois sociétés de moyens et d'exercice, a été choisie.

La Commission des affaires sociales du Sénat, à l'initiative du rapporteur, a adopté un certain nombre d'amendements venant préciser le statut des nouvelles SISA. Le rapporteur a cependant estimé qu'il s'agissait d'un instrument encore complexe et insuffisamment abouti.

À l'initiative de la rapporteure, plusieurs points ont donc été clarifiés par la Commission :

– le périmètre des activités pouvant être mises en commun au sein d'une SISA a été précisé à la demande des professionnels. Elles se limiteront dans un premier temps aux activités d'éducation thérapeutique, de coordination thérapeutique et de coopération ;

– la liste des professionnels autorisés à s'associer en SISA a été précisée. Il s'agit des professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux et des pharmaciens ;

– le régime de responsabilité des associés a été sécurisé pour répondre aux fortes inquiétudes des professionnels. Il est donc proposé d'appliquer à tous les actes professionnels exercés en SISA le régime de responsabilité individuelle prévu par le code de la santé publique. Les associés seront couverts par une assurance de responsabilité civile professionnelle.

2. Le renforcement du statut des maisons de santé

L'**article 2** vise à clarifier le statut des maisons de santé. C'est un progrès dans la mesure où les maisons de santé sont, on le sait, une des réponses les plus efficaces aux « déserts médicaux » et à la désaffection des jeunes vis-à-vis de la médecine libérale.

En Commission, un certain nombre d'amendements ont été adoptés afin de sécuriser l'activité des maisons de santé, de préciser leur champ d'action et de garantir une certaine souplesse de fonctionnement pour que les professionnels restent au cœur de chaque projet.

Concernant le régime du partage des données relatives aux patients, qui avait donné lieu à discussions au Sénat, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique dispose que tout patient a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Il existe deux exceptions à ce principe :

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

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

Il s'est avéré qu'aucune de ces solutions n'était satisfaisante dans le cas des maisons de santé, que ce soit du point de vue de la continuité des soins ou du respect de la vie privée des patients.

La proposition de loi Fourcade, dans sa version initiale, prévoyait un régime de partage des données calqué sur celui des établissements de santé. Le rapporteur du Sénat, estimant que cette solution n'était pas assez protectrice de la vie privée du patient, l'avait supprimé.

Pourtant, le partage des données au sein d'une maison de santé est, de l'avis unanime des professionnels rencontrés par la rapporteure, un enjeu majeur du développement de l'exercice regroupé. C'est pourquoi la Commission a élaboré un dispositif adapté, qui prévoit le consentement exprès du patient, qu'il peut retirer à tout moment, mais aussi sa capacité à choisir les professionnels qu'il autorisera à accéder à ses données médicales personnelles.

B. EXERCICE MÉDICAL DE PROXIMITÉ : UNE APPROCHE INCITATIVE ET CONTRACTUELLE

Les « déserts médicaux » sont aujourd'hui un des principaux obstacles à l'accès aux soins de nos concitoyens. Face à cette difficulté, à laquelle s'ajoute la baisse prochaine des effectifs médicaux, plusieurs mesures sont envisageables pour agir sur la répartition de l'offre de soins :

– des mesures strictement incitatives, respectant le principe de la liberté d'installation des praticiens libéraux ;

– des mesures « désincitatives », consistant à mettre à contribution les médecins des zones très denses en offre de soins pour aider à répondre aux besoins de santé des zones moins favorisées en la matière ;

– des règles contraignantes d'installation pour les médecins.

La stratégie sous-tendant la loi HPST privilégie clairement le premier type de mesures : la loi a ainsi institué un système de bourses d'études assorties d'obligation de service en zone déficitaire, elle a régionalisé l'internat de médecine pour former les futurs médecins au plus près des territoires qui ont le plus besoin d'eux, et elle a fait de la régulation de la démographie médicale une priorité assignée aux ARS.

La proposition de loi Fourcade s'inscrit dans cet esprit. La rapporteure estime, pour sa part, qu'à l'heure où la médecine libérale connaît une crise de vocation sans précédent, il est illusoire et contre productif de prétendre réguler la démographie médicale par des mesures strictement coercitives.

1. La suppression du volet coercitif des contrats de santé-solidarité et de l'obligation de déclaration des absences programmées

L'**article 3** supprime le volet coercitif du contrat de santé-solidarité et prévoit l'élaboration d'un contrat-type défini par l'Uncam et par au moins une organisation représentative de médecins. Cette solution a été confirmée par le vote du Sénat, le rapporteur ayant estimé que le contrat de santé-solidarité devait « *avoir un caractère volontaire et non imposé* ».

La rapporteure rejoint cette position et estime qu'il faut préférer la négociation à l'option coercitive, mal comprise par les médecins et finalement contre productive. Si nous voulons répondre aux problèmes de démographie médicale, nous ne le ferons pas sans les professionnels. C'est pourquoi le contrat santé-solidarité a été inscrit au programme des futures négociations conventionnelles qui débiteront le 7 avril prochain.

L'**article 4** prévoyait, dans sa rédaction initiale, la suppression de l'obligation, mise en place par la loi HSPT, pour tout médecin, de déclarer ses absences programmées à l'Ordre départemental.

Outre la lourdeur de cette formalité pour les praticiens eux-mêmes, son traitement par le conseil départemental de l'ordre s'est avéré impossible. À l'inverse, dans certains départements, les médecins se sont organisés pour garantir la continuité des soins de manière volontaire et apparemment très efficace.

La commission des affaires sociales du Sénat a jugé la suppression de cette obligation de bon sens et adopté l'article en l'état. Cependant, en séance, cette obligation a été rétablie, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, au motif qu'elle ne constituait pas une atteinte démesurée à l'exercice libéral de la médecine. Le même avis a présidé au vote des membres de la commission des affaires sociales de l'Assemblée, qui ont décidé de maintenir l'obligation de déclaration d'absence.

La rapporteure considère que dans un contexte de désaffection des médecins libéraux et d'installation tardive des jeunes professionnels, il convient de redonner une capacité d'initiative aux professionnels et de leur laisser assumer la responsabilité collective d'organiser la continuité des soins. C'est pourquoi elle estime qu'il convient de rétablir l'article 4 dans sa version initiale.

2. Le maintien des contrats de santé publique et des contrats de bonne pratique

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 l'émergence de nouveaux outils contractuels, il importe en effet que les professionnels de santé s'étant engagés individuellement dans ces dispositifs puissent continuer à exercer dans un cadre juridique stable.

C. TRANSPARENCE DES SOINS PROTHÉTIQUES ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DENTAIRES

1. La transparence des soins prothétiques

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 au Sénat. Supprimé en Commission des affaires sociales, il a été rétabli en séance, par l'adoption d'un amendement de M. Barbier, contre l'avis de la Commission et avec l'avis favorable du Gouvernement. Il pose en réalité deux questions :

– celle de la traçabilité des soins prothétiques : le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2010 fait état du développement des importations de prothèses fabriquées à l'étranger (Chine, Madagascar, Afrique du Nord, Europe de l'Est) qui s'explique par un différentiel de coût important. Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes et l'association dentaire française estiment que 15 % des prothèses posées en France seraient importées.

Or les patients veulent connaître la provenance des dispositifs médicaux utilisés. La puissance publique a le devoir d'assurer cette transparence. Un simple retour à la rédaction issue de la loi HPST ne le permettrait pas, car l'ordonnance du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux a supprimé l'obligation de présenter au patient une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical.

– celle du prix des prothèses : une sous-cotation des actes conservateurs a été compensée par une certaine hausse des prix sur les soins prothétiques. Mais la solution à ce problème réel n'est pas à chercher dans le maintien d'une certaine obscurité sur les prix des prothèses.

Sur ce point, la rédaction HPST imposait de distinguer le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage, ce qui est impossible à mettre en œuvre pour certaines prothèses, alors qu'il existe un moyen plus simple, inscrit dans le code de la sécurité sociale et à ce jour jamais appliqué, qui consiste à remettre la facture de la prothèse au patient.

La rapporteure a donc proposé une rédaction de compromis, adoptée en Commission, qui prévoit que le praticien devra fournir une information écrite gratuite, avant l'acte médical, qui comprendra le « prix de vente » du dispositif

médical distinct du prix des prestations associées ; le tarif de responsabilité correspondant ; le cas échéant, le montant des dépassements facturés. En outre, il est prévu que le praticien communique au patient une information relative à la provenance du dispositif médical utilisé. Enfin, il devra remettre au patient la facture de la prothèse à l'issue du soin.

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

2. La reconnaissance de la profession d'assistant dentaire

L'**article 6 bis**, introduit par la Commission, visant à inscrire la profession d'assistant dentaire dans le code de la santé publique, répond aux considérations suivantes.

Il s'agit tout d'abord de reconnaître les assistants dentaires comme de véritables professionnels de santé. Cette intégration dans la chaîne du soin ouvrirait ainsi la voie à l'élévation de leur niveau de formation ainsi qu'à un élargissement de leurs compétences.

Ainsi, le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale paru en septembre 2010 rappelle tout l'intérêt qu'il y aurait – en particulier du point de vue de l'hygiène et de la stérilisation, ainsi que de la prévention – à relever le niveau de formation de cette profession et à leur confier d'avantage de tâches.

Le rapport récent de l'IGAS ⁽¹⁾ sur les assistants dentaires préconise également la reconnaissance de cette profession par le code de la santé publique.

Ensuite, l'inscription dans le code de la santé publique des assistants dentaires permettra aux services hospitaliers d'odontologie de les employer dans un cadre juridique sécurisé. Actuellement, les établissements de santé ont en effet recours à des aides-soignantes ou des infirmières que leur formation n'a pas toujours préparées à cette fonction, ce qui n'est pas satisfaisant.

Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, reçu par la rapporteure, s'est déclaré favorable à cette proposition.

(1) *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, « Concertation et propositions sur une éventuelle introduction de la profession d'assistant dentaire dans le code de la santé publique », M. Gilles DUHAMEL, 2010.*

D. DIVERSES MESURES RELATIVES À L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA POPULATION

1. La reconnaissance du plein exercice de la médecine par les internes

Deux articles ont été adoptés par la Commission afin de faciliter l'exercice de la médecine par les internes et par conséquent leur participation à l'offre de soins.

L'**article 3 bis AB**, conformément aux préconisations d'un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales, vise à faciliter le remplacement du dispositif actuel de post-internat par une période complémentaire pour tous. Cette période de « séniorisation » encadrée aurait lieu dans le prolongement de l'internat, avant l'obtention du diplôme d'études spécialisées.

Dans le prolongement de cette proposition, cet article introduit un nouvel article L. 4111-1-1 dans le code de la santé publique, qui reconnaît un droit au plein exercice de la médecine aux internes pendant une période de séniorisation qui précède l'obtention de leur diplôme. L'objectif est ainsi de leur faire acquérir une véritable autonomie d'exercice avant la fin de leurs études.

Dans le même esprit, l'**article 3 bis AC** vise à faciliter et sécuriser le remplacement de médecins par des internes. Aujourd'hui, les internes inscrits en troisième cycle des études médicales en France peuvent être autorisés à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit, en cas d'afflux exceptionnel de population dans une région déterminée, comme adjoint d'un médecin. L'article 3 bis AC permettra aux internes d'assurer également des remplacements ponctuels dans les établissements de santé.

2. Le regroupement des pharmacies d'officine

Afin d'assurer un meilleur maillage du territoire, l'**article 18** de la proposition de loi vise à assouplir les conditions d'ouverture d'une pharmacie dans les communes où a eu lieu le regroupement d'autres officines, ainsi que dans les communes qui lui sont limitrophes.

En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a substantiellement modifié les règles en matière de création d'officines de pharmacie : il les a rendues plus contraignantes, tout en favorisant les possibilités de transferts et de regroupements. Dans ce dernier cas, il est prévu que les licences libérées à la suite d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes sont prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour le calcul des quotas d'ouverture d'autres officines, ce pour une durée de 5 ans.

Ce gel pendant cinq ans des licences d'officine dans la commune de regroupement avait pour but d'empêcher qu'une pharmacie concurrente ne vienne

s'installer dans la commune de regroupement, et compromette ainsi l'équilibre économique des pharmacies regroupées.

Des divergences d'interprétation sont néanmoins apparues sur le point de savoir si la licence issue du regroupement devait être comptabilisée elle aussi. Dans cette hypothèse, lorsque deux officines se regroupent, elles sont comptabilisées non comme deux pharmacies mais comme trois, pour l'application des quotas.

C'est pour lever cette ambiguïté que, lors du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, Jean-Pierre Door a fait adopter un amendement clarifiant la situation mais cette disposition a été censurée par le Conseil constitutionnel qui a considéré qu'il s'agissait d'un cavalier social. L'article 18 de la proposition de loi en constitue une simple reprise.

3. Le droit des mutuelles de moduler leurs prestations

L'article 22 de la proposition de loi, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de M. Bur avec un avis favorable de la rapporteure, ouvre la possibilité aux mutuelles de mieux rembourser leurs adhérents lorsque ceux-ci font appel à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre d'un réseau de soins avec lequel elles ont contracté.

En effet, aujourd'hui, les mutuelles, comme les autres acteurs de la protection sociale complémentaire que sont les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, pratiquent avec les offreurs de soins (notamment avec les dentistes), un conventionnement fondé sur des critères de qualité et visant à mieux encadrer les tarifs. Or cette possibilité a été contestée en justice par un adhérent mutualiste et la Cour de cassation a, dans un arrêt du 18 mars 2010, remis en cause le principe même de ce conventionnement mutualiste, en interdisant à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations, selon que l'adhérent consulte, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle.

Cette jurisprudence crée une situation préjudiciable pour notre système de santé. En effet :

- elle nuit fondamentalement aux adhérents mutualistes, à qui les mutuelles ne peuvent plus, par la voie du conventionnement, assurer des soins de qualité au meilleur prix ;

- elle nuit aux professionnels de santé, dont beaucoup regrettent la disparition du conventionnement permettant la solvabilisation de leur clientèle et la pratique d'une prise en charge de qualité ;

- elle nuit à la maîtrise des dépenses, en limitant le rôle de régulateur que peuvent jouer les mutuelles santé.

C'est pourquoi, afin de légaliser cette pratique de conventionnement, l'**article 22** propose de modifier le code de la mutualité.

4. La réforme de la responsabilité civile des professionnels de santé

La commission des affaires sociales a également suivi une initiative de la rapporteure concernant la responsabilité civile des professionnels de santé. Il s'agit en effet d'un dossier essentiel et qui conditionne l'égal accès de tous à des disciplines telles que l'obstétrique.

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

Est d'abord mis en place un pool destiné à réunir tous les assureurs actifs sur le champ de la responsabilité civile médicale afin de réduire les « trous de garantie » conformément à la recommandation n° 2 du rapport.

Sont ensuite reprises les dispositions de la proposition de loi n° 2055 de notre collègue Guy Lefrand, adoptée l'an dernier, relatives à l'instauration d'un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique qui constituent la recommandation n° 8 du rapport Johannet.

Enfin, une réponse est apportée au problème de l'action récursoire de l'ONIAM à l'encontre des professionnels de santé : cette possibilité fait peser sur ces praticiens une épée de Damoclès qui est très mal vécue puisque c'est potentiellement l'intégrité de leur patrimoine qui peut être récupéré.

III.- PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

A. ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT

1. La publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins

L'article 9 bis, inséré par la commission des affaires sociales du Sénat à l'initiative de son rapporteur, propose d'imposer aux entreprises produisant ou commercialisant des prestations et des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale de publier à la fin de chaque année les avantages et revenus dont ont bénéficié de leur part des membres des professions médicales, ainsi que les contrats conclus avec eux ou appliqués pendant l'année.

Cet article entend apporter un début de réponse au problème des conflits d'intérêts dans le domaine de la santé. Certes il s'agit d'une question transversale qui concerne l'ensemble de notre société, mais dans le secteur sanitaire, ce problème des conflits d'intérêts s'est révélé dans toute sa complexité avec la crise liée au Mediator.

Le dispositif proposé s'inspire des dispositions, intégrées dans la loi américaine sur la protection de la santé, du *Physician Payments Sunshine Act* : ce texte impose désormais la déclaration annuelle par les laboratoires de chaque rémunération, revenu ou avantage en nature reçu par un médecin et d'une valeur unitaire supérieure à 10 dollars, ou dont la valeur cumulée annuelle dépasse 100 dollars.

Par ailleurs, cet article s'inscrit dans une parfaite cohérence avec les propos du ministre du travail, de l'emploi et de la santé lors de la conférence de presse qu'il a tenue le 15 janvier 2011 à l'occasion de la remise du rapport de l'IGAS sur le Mediator : « *Dans un premier temps, il faut que les choses soient claires : il faut que toutes les conventions passées entre tous les laboratoires, tous les médecins, tous les experts et toutes les sociétés savantes soient désormais publiques, consultables. Toutes sans exception. Vous connaissez le système américain du « Sunshine Act ». C'est la même logique qui s'imposera en France* ».

2. La mise en œuvre des recommandations de la MECSS sur la politique du médicament

Le 30 avril 2008, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a publié un rapport n°848 relatif à la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments dont la rapporteure était Catherine Lemorton. Lors de l'examen de cette proposition de loi, la

commission des affaires sociales a souhaité reprendre un certain nombre de recommandations de ce rapport.

Ainsi, l'**article 9 ter** a pour objet de supprimer l'information du laboratoire princeps lors du dépôt d'un dossier de demande d'autorisation de mise sur le marché pour un médicament générique.

L'**article 9 quater**, adopté par la commission à l'initiative de M. Yves Bur, vise à permettre la production de médicaments génériques ayant la même apparence et la même texture que le princeps, en leur permettant de déroger au droit sur la propriété intellectuelle.

L'**article 9 quinquies** vise à obliger les sites non certifiés par la HAS à faire figurer sur leur page d'accueil des liens vers les sites institutionnels d'information en santé (AFSSAPS, HAS, INPES, CEPS, caisses d'assurance maladie...).

L'**article 9 sexies** vise à traduire la préconisation n°6 du rapport de la MECSS : « *rendre obligatoire les essais cliniques contre comparateurs avant l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par la Commission de la transparence* ».

Enfin, l'**article 9 septies** vise à mettre en œuvre la préconisation n°7 du rapport de la MECSS à savoir « *Établir un classement des médicaments par niveau d'ASMR* ».

B. DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES À LA SANTÉ PUBLIQUE

La proposition de loi initiale comportait deux articles relatifs à la santé publique, les articles 10 et 11. La commission des affaires sociales de l'Assemblée a souhaité compléter ce dispositif par les articles 17 *bis* et 25.

1. La réforme de la réserve sanitaire

L'**article 10** a pour objet de définir le cadre d'emploi de la réserve sanitaire, d'assouplir les conditions de sa mobilisation et de la compléter, en tant que de besoin, par des personnels mis à disposition par des établissements de santé dans le cadre de conventions passées avec l'ÉPRUS.

L'objectif est de tirer les enseignements de la pandémie grippale H1N1 qui a mis particulièrement en exergue la nécessité de disposer de moyens humains rapidement mobilisables pour répondre aux situations d'urgence sanitaire, au niveau national ou international.

2. La lutte contre la propagation internationale des maladies

L'**article 11** de la proposition de loi a pour objet de compléter les dispositions adoptées dans le cadre de la loi HPST pour améliorer l'information sur les risques sanitaires et lutter contre la propagation internationale des maladies.

Il est d'abord spécifié explicitement que les frais résultant de l'application des mesures prises par les autorités sanitaires pour lutter contre la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles, notamment en cas d'immobilisation d'un moyen de transport, sont à la charge des exploitants des moyens de transport concernés.

Par ailleurs, les sanctions pénales auxquelles s'exposent les fonctionnaires et agents publics, commandants de navires ou d'avions et médecins qui n'auraient pas respecté leur obligation de signaler certains faits, sont précisées.

3. La compétence des sages-femmes en matière de contraception

À l'initiative de Mme Bérengère Poletti et de la rapporteure, la commission des affaires sociales a adopté un **article 17 bis** visant à préciser la compétence des sages-femmes en matière de contraception.

Cet article propose donc de supprimer l'attribution exclusive des fonctions de surveillance et de suivi au seul médecin traitant afin de mettre effectivement en œuvre le transfert de compétences aux sages-femmes, voulu par la loi HPST, en matière de délivrance d'une contraception locale et hormonale. Restreindre ce transfert ne paraît pas justifié dès lors qu'un bon niveau de sécurité peut être assuré aux femmes par les sages-femmes elles-mêmes, au-delà du suivi de la grossesse et de l'accouchement.

4. Le dépistage précoce des troubles de l'audition

L'**article 25**, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de Mme Antier avec un avis favorable de la rapporteure, vise à généraliser le dépistage précoce des troubles de l'audition.

Cet article prévoit de s'appuyer sur les Agences Régionales de Santé (ARS) pour généraliser les diverses expérimentations de dépistage précoce des troubles de l'audition qui ont été mises en place avec succès au cours de ces dernières années dans certaines maternités.

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

L'Assemblée nationale a déjà débattu de cette question lors de l'examen de la proposition de loi n° 2752 le 30 novembre dernier qui avait permis une discussion approfondie sur ce sujet complexe. Le rattachement de ce dispositif à la présente proposition de loi est tout à fait légitime dans la mesure où ce sont bien les ARS qui seront chargées de la mise en œuvre de ce dépistage. Et ce rattachement ne vient nullement restreindre le nécessaire débat démocratique dans la mesure où, en l'absence de procédure accélérée, le Sénat pourra, en commission comme en séance publique, longuement discuter de cette importante question.

IV.- ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le titre IV de la loi HPST a procédé à une profonde réforme de l'organisation territoriale de notre système de santé avec, en particulier, la création des agences régionales de santé (ARS) et la modernisation de la planification de la politique régionale de santé.

A. LA MISE EN PLACE DES ARS

L'installation des ARS s'est déroulée dans de bonnes conditions techniques malgré la grande difficulté de rassembler sous un même toit des structures administratives très différentes. L'heure est désormais à l'élaboration du projet régional de santé et à ses différentes composantes sectorielles (prévention, offre de soins, médico-social).

1. La prorogation des schémas régionaux d'organisation sanitaire

L'**article 14 bis** de la proposition de loi vise à proroger la durée de validité des schémas d'organisation sanitaire (SROS III) établis sur le fondement des dispositions législatives antérieures à la loi du 21 juillet 2009 à qui doivent succéder les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) d'ici la fin de l'année 2011.

Il était en effet prévu que les SROS III, adoptés entre la fin de l'année 2005 et le début de l'année 2006, soient réexaminés dans le cours de leur cinquième année, c'est-à-dire en 2010, pour une adoption s'échelonnant, en fonction de la date d'échéance propre à chaque région, de décembre 2010 à juillet 2011.

La mise en œuvre de la nouvelle planification par les ARS est lancée avec un calendrier prévoyant la publication des nouveaux documents juridiques (projet régional de santé et schéma régional d'organisation des soins) pour fin 2011. Il n'est pas envisageable en pratique que les ARS travaillent parallèlement à réexaminer en totalité les SROS III qui ont perdu leur base légale et à élaborer les SROS-PRS.

Il y aurait donc potentiellement un écart de plusieurs mois entre l'échéance des SROS III et l'adoption des SROS-PRS, créant ainsi une période de vide juridique dans les outils de régulation à la disposition des ARS. L'**article 14 bis** vient combler ce vide.

2. La simplification de la procédure d'adoption du projet régional de santé (PRS)

Par ailleurs, à l'initiative de la rapporteure, la commission des affaires sociales a souhaité simplifier la procédure d'adoption du projet régional de santé.

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

La réalisation de cette consultation pose des problèmes pratiques considérables qui résultent du nombre de collectivités à consulter (entre 1.000 et 3.000 pour la majorité des agences régionales de santé), du volume des documents concernés (plusieurs centaines de pages) et du calendrier contraint par l'objectif de publication du projet régional de santé (PRS) avant fin 2011.

L'objet principal de cet article est donc de permettre la publication sous forme électronique du projet de texte du PRS, offrant une large transparence et favorisant la concertation et de faciliter la procédure d'avis en permettant aux communes intéressées de faire connaître leur avis à l'agence régionale de santé sans pour autant imposer une procédure excessivement lourde à l'agence.

3. L'affirmation du caractère non opposable des schémas régionaux d'organisation des soins pour le secteur ambulatoire

L'objet du schéma régional d'organisation des soins (SROS) élaboré par chaque ARS est d'indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours et d'identifier les zones déficitaires en offre de soins, dans lesquelles doivent être mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique de l'offre de soins.

L'article 3 *bis* AA, introduit à l'initiative de la rapporteure en Commission, vise à dissiper les inquiétudes des professionnels de santé, qui craignaient que le SROS ne soit considéré comme opposable dans le secteur ambulatoire. Pour cela, il rappelle d'une part que le SROS ne porte aucune atteinte à la liberté d'installation des professionnels, et d'autre part, que le SROS n'est pas opposable aux praticiens.

4. La création d'une Carsat en Alsace-Lorraine

Enfin, l'article 26, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de M. Bur avec un avis favorable de la rapporteure, vise à permettre la fusion de la caisse régionale d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle.

Cette démarche de fusion trouve son origine dans la volonté de chaque Conseil d'administration de prendre en compte les évolutions contextuelles impactant l'exercice des missions des deux organismes suite notamment au vote de la loi HPST qui a créé les Caisses d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT) sur le reste du territoire national.

B. DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES AU DOMAINE MÉDICO-SOCIAL

Le titre IV de la loi HPST comportait un certain nombre de dispositions concernant le secteur médico-social, en particulier une profonde réforme de la procédure d'autorisation des établissements et services avec la mise en place des appels à projets. La proposition de loi ne remet bien sûr pas en cause ces réformes mais apporte quelques corrections. En particulier, l'article 15 simplifie la procédure d'utilisation de la section IV du budget de la CNSA, relative à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service. Par ailleurs, l'article 14 de la proposition de loi clarifie le régime juridique des groupements de coopération sociale ou médico-sociale en précisant qu'ils n'ont pas la qualité d'établissement médico-social.

1. La transformation d'établissements

L'**article 16** de la proposition de loi a pour objet de clarifier la procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux. En effet, selon le code de l'action sociale et des familles, les transformations d'établissements sont exonérées de la procédure d'appel à projets. Et cette notion de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux a été définie par voie réglementaire comme correspondant « *à la modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1 (du code de l'action sociale et des familles)* ».

Ainsi, l'évolution d'un institut médico-éducatif (IME) en un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) n'est pas considérée comme une transformation proprement dite, dans la mesure où elle s'effectue au sein de la même catégorie de bénéficiaires, à savoir l'enfance handicapée, mentionnée au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Mais la rédaction du code pouvait laisser entendre que ce type de transformation, « *infra-catégorielle* », pourrait également être mis en œuvre sans autorisation préalable, ce qui n'était manifestement pas l'intention du législateur.

L'article 16 a donc pour objet de lever toute ambiguïté juridique. Il énonce clairement que si « *les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge sont exonérées de la procédure d'appel à projet* », ces opérations ne sont, en revanche, pas exemptées de la procédure d'autorisation préalable.

Par ailleurs, la commission des affaires sociales a souhaité aligner, à l'initiative de la rapporteure, le régime d'autorisation des établissements d'addictologie sur le droit commun, c'est-à-dire des autorisations de 15 ans et non plus de 3 ans comme prévu auparavant.

2. La prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Sur proposition de la rapporteure, la commission des affaires sociales a souhaité réaffirmer le droit existant concernant la prise en charge des frais de transports des enfants accueillis dans les CAMSP et les CMPP.

En effet, depuis plusieurs années, des familles sont confrontées à des difficultés : prétextant l'absence de base législative, les CPAM refusent en effet de prendre en charge ces frais de transport

Or, le Gouvernement a, par la voix de Madame Nadine MORANO, alors secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, clairement indiqué que la CNAMTS avait cessé le remboursement des frais de transport sur la base d'une analyse juridique qui était erronée.

Afin de lever toute ambiguïté et donc divergence d'interprétation préjudiciable au citoyen et ce conformément aux orientations des travaux menés par la CNSA en 2009, l'**article 16 bis A** précise donc la rédaction du 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

3. Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Enfin, l'**article 16 bis** de la proposition de loi vient combler un trou dans les dispositifs de concertation prévus depuis la loi HPST pour l'élaboration des différents schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

En effet, les schémas élaborés par l'État, les conseils généraux ou les Agences régionales de santé font tous, l'objet de concertation selon des modalités variées : au sein du Comité national d'organisation sanitaire et sociale au niveau national, des conférences régionales de la santé et de l'autonomie au niveau régional, et dans des structures *ad hoc* au niveau départemental.

Par contre, les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), qui ont été supprimés par la loi HPST, n'ont pas été remplacés dans leur fonction consultative en ce qui concerne les établissements dont les schémas sont élaborés par le préfet de région, c'est-à-dire les centres d'accueil des demandeurs d'asile et les services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs ou d'aide à la gestion du budget familial.

Or ce déficit de concertation pour l'élaboration des schémas concernant ces établissements est particulièrement dommageable dans le nouveau dispositif d'appel à projets mis en place par la loi HPST. Les appels à projet devant découler des priorités établies dans les schémas, il est indispensable que les principaux acteurs du secteur soient directement associés à l'élaboration du schéma.

C'est pourquoi l'article 16 *bis* prévoit que « *ces schémas sont arrêtés après consultation des unions, fédérations, et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services dans des conditions définies par décret* ».

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission examine la présente proposition de loi au cours de sa séance du mardi 30 mars 2011.

Un débat suit l'exposé de la rapporteure.

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.

II.- EXAMEN DES ARTICLES

La Commission examine la présente proposition de loi au cours de ses séances des mardi 30 et mercredi 31 mars 2011.

Article 1^{er}

(articles L. 4041-1 à L. 4043-2 [nouveaux] du code de la santé publique)

Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires

L'article 1^{er} vise à créer une forme de société civile *ad hoc* qui permette le développement de nouveaux modes de rémunération et encourage ainsi l'exercice regroupé pour les professionnels de santé.

1. Les nouveaux modes de rémunération et l'exercice professionnel regroupé exigent un cadre juridique clair et adapté

L'article 1^{er} de la proposition de loi s'inscrit dans un contexte particulier, qu'il n'est pas inutile de rappeler. Depuis quelques années, de nouvelles structures pluri-professionnelles, les maisons et pôles de santé, ont été mises en place pour pallier les déséquilibres territoriaux en matière d'accès aux soins. L'exercice regroupé est également une réponse au manque d'attractivité de la médecine générale pour les jeunes générations. Il présente enfin l'intérêt de favoriser un exercice coordonné des soins, ce qui va dans le sens d'une plus grande continuité et d'une plus grande qualité des soins.

Ces structures supposent une révision partielle des modes de rémunération des professionnels. Si la rémunération à l'acte a encore toute sa pertinence, le système de rémunération des professionnels de santé libéraux doit désormais intégrer d'autres activités que les soins délivrés à une personne dans le cadre d'une relation interindividuelle, notamment les activités exercées en commun.

C'est pourquoi l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008⁽¹⁾ a prévu l'expérimentation sur cinq ans de nouveaux modes de rémunération. Un décret paru en avril 2009 est venu en préciser les contours⁽²⁾. Un cahier des charges a été élaboré et des appels à projet ont été diffusés en juillet 2008 par les missions régionales de santé dans six régions. Un comité de sélection des projets a retenu dans ces régions ceux présentés par 42 structures (18 maisons de santé, 21 centres de santé et 3 pôles de santé). Ces expérimentations sont entrées en phase opérationnelle sous l'égide des ARS en 2010 et seront évaluées dans la perspective d'une éventuelle généralisation. Dans un premier temps, les expériences sur les nouveaux modes de rémunération

(1) Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

(2) Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des personnels de santé.

devraient porter sur deux types d'activité : la coordination (gestion d'une structure et concertation entre professionnels) et les nouveaux services aux patients, ce qui recouvre surtout l'éducation thérapeutique.

Cependant, ces expérimentations peinent à se développer, faute de cadre juridique et financier clair, stable et adapté.

Dans un rapport publié en 2010 sur la médecine de proximité⁽¹⁾, Mme Élisabeth Hubert constate que l'exercice regroupé pluridisciplinaire, bien que plébiscité par les professionnels et promu par la loi « HPST », est freiné par son « *absence de statut juridique clair* ».

Ce constat rejoint celui fait par M. Jean-Marc Juilhard, Mme Bérengère Crochemore, Mme Annick Touba et M. Guy Vallancien dans un récent rapport sur les maisons de santé⁽²⁾, qui indique qu'« *une fragilité juridique et financière [...] oblige les promoteurs-professionnels de santé à des montages complexes, introduit des risques sociaux, fiscaux et de responsabilité professionnelle* » et que « *les modalités classiques de rémunérations ne permettent ni de valoriser les nouvelles missions, ni d'adopter un cadre souple de répartition entre professionnels des ressources financières* ».

En effet, si la loi HPST a précisé le statut des maisons et des pôles de santé, elle n'a pas créé pour eux une nouvelle catégorie de personne morale, dotée d'un régime juridique spécifique. Le plus souvent, coexistent au sein d'une même structure :

- des associations « loi 1901 » ;
- des sociétés civiles de moyens (SCM) ;
- des sociétés civiles immobilières (SCI) ;
- des « contrats d'exercice en commun » pour les auxiliaires médicaux ;
- des sociétés d'exercice libéral (SEL).

Selon le rapport précité de Mme Élisabeth Hubert, aucun des statuts existants ne répond complètement aux objectifs et aux besoins des maisons et des pôles de santé.

En effet, les associations loi 1901 peuvent recevoir des subventions, mais en tant qu'organismes à but non-lucratif, ne peuvent pas en reverser une part à leurs membres, sous peine d'être requalifiées en sociétés commerciales, et assujetties à ce titre à l'impôt sur les sociétés et à la TVA. Quant aux sociétés civiles immobilières et aux sociétés civiles de moyens, leur objet est strictement

(1) Mission de concertation sur la médecine de proximité, rapport remis par le Mme. Elisabeth Hubert au Président de la République, novembre 2010.

(2) Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, rapport remis par M. Jean-Marc Juilhard, Mme Bérengère Crochemore, Mme Annick Touba et M. Guy Vallancien à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, Mme Fadela Amara, secrétaire d'État à la politique de la ville, et M. Hubert Falco, secrétaire d'État à l'aménagement du territoire, janvier 2010.

spécialisé, ce qui contraint les promoteurs de maisons de santé à opérer des montages juridiques complexes pour les adapter à leurs besoins. Les professionnels doivent donc combiner les différents statuts, ce qui grève le montage des maisons ou pôles de santé, dont on sait que le temps de gestation se situe déjà entre 3 et 6 ans.

Il est donc « *indispensable de définir un ou plusieurs statuts juridiques lisibles* » qui permette :

- la perception de subventions ou d’honoraires pour le compte des professionnels par la structure. Il est notamment important qu’elle puisse facturer des actes à l’assurance maladie ;
- la redistribution de ces sommes entre les professionnels ;
- le maintien de la possibilité d’un exercice libéral pour les professionnels ;
- la simplification des règles d’entrée et de sortie des professionnels au sein de la structure et une certaine souplesse dans la composition.

2. La nécessité de créer une société *ad hoc*

Des travaux ont été menés sur la question par les ministères de la justice et des finances, en concertation avec les professionnels. Dans un premier temps, et dans un souci de simplicité, il a été envisagé de faire évoluer les sociétés existantes, pour les adapter à la spécificité de l’exercice médical interprofessionnel. Cependant, cette piste s’est avérée peu fructueuse :

- la société civile de moyens (SCM) permet une mise en commun des moyens matériels et peut être interprofessionnelle, mais n’est pas une société d’exercice. De plus, le ministère des finances et le ministère de la justice ont considéré qu’elle n’avait pas vocation à percevoir de nouveaux modes de rémunération ;

Avantages et inconvénients de la SCM

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> – Structure interprofessionnelle – Groupement non imposé en lui-même : pas d’IS – Associés soumis à l’IR pour leur part dans la société – Indépendance professionnelle préservée 	<ul style="list-style-type: none"> – Société de mise en commun de moyens qui n’encaisse pas de recettes et ne partage pas les bénéfices (les subventions ne peuvent être attribuées aux membres que par le biais d’un contrat de mandat), – Signature d’un nouveau contrat de mandat à chaque entrée et sortie d’un membre (manque de souplesse), – Membres indéfiniment responsables mais conjointement (= non solidairement) – Entrées et sorties soumises à agrément des associés – Ne peut pas facturer directement des actes à l’assurance maladie – Problème de compérage : intérêts convergents entre plusieurs professionnels de santé

– la société d'exercice libéral (SEL), si elle est adaptée aux professions dont l'exercice requiert de gros investissements matériels, ne convient pas à certains professionnels de santé qui peuvent être amenés à exercer dans une structure interprofessionnelle, tels que les infirmiers par exemple. De plus, la SEL doit nécessairement être inscrite aux tableaux de tous les ordres dont relèvent ses membres, ce qui pose de réels problèmes de coordination. Selon le Gouvernement, le précédent des sociétés d'exercice libéral de biologie, associant des médecins et des pharmaciens, s'est révélé lourd à gérer pour les deux professions. Cette difficulté serait décuplée pour des structures telles que les maisons de santé ;

Avantages et inconvénients de la SEL

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> – Société d'exercice et peut facturer directement des actes à l'assurance maladie – Pas d'unicité de lieu – Indépendance des membres maintenue – Partage des bénéfices entre les membres – Possibilité de responsabilité limitée 	<ul style="list-style-type: none"> – Société imposée à l'IS – Pas de caractère interprofessionnel (dû à l'absence de décret d'application) – Entrées et sorties difficiles – Non déductibilité des intérêts d'emprunt pour l'acquisition de parts sociales – Problème de compérag

– la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), sans qu'un établissement de santé compte parmi ses membres a été envisagée. Cependant, cette structure n'a pas non plus vocation à être un cadre d'exercice. De plus, en l'état actuel du droit, un GCS de moyens ne peut exister sans établissement de santé ;

Avantages et inconvénients du CGS

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> – Structure interprofessionnelle – Groupement non imposé en lui-même – Responsabilité limitée aux apports – Responsabilité 	<ul style="list-style-type: none"> – Groupement de mise en commun de moyens – Atteinte à l'indépendance car présence obligatoire d'un établissement de santé (modification législative) – Flou sur possibilité de partager les bénéfices (but non lucratif) – Ne peut pas facturer des actes à l'assurance maladie. – Entrées et sorties difficiles

– la société civile professionnelle (SCP) permet certes à des personnes physiques d'exercer en commun une profession libérale réglementée, mais elle ne convient pas à une structure interprofessionnelle, faute de décret d'application de l'article 2 de la loi de 1966 ⁽¹⁾. De plus, elle pose elle aussi un problème de gestion dans la mesure où chaque professionnel doit en référer à son ordre.

(1) L'article 2 de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles prévoit qu'« un décret peut autoriser, dans les conditions qu'il détermine, les personnes physiques exerçant une

Avantages et inconvénients de la SCP

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> – Exerce la profession de ses membres et peut facturer des actes à l'assurance maladie – Pas d'unicité de lieu – Indépendance des membres maintenue – Partage des bénéfices entre les membres – Société non imposée en elle-même – Possibilité de retrait souple 	<ul style="list-style-type: none"> – Pas de caractère interprofessionnel (absence des décrets d'application) – Responsabilité des membres indéfinie et solidaire (sauf mention différente des statuts) – Agrément des nouveaux membres – Problème de compéage

Après avoir expertisé toutes les pistes d'évolution des statuts existants, la création d'un statut spécifique est apparue nécessaire.

3. Le dispositif adopté au Sénat

L'article 1^{er} de la proposition de loi introduit un nouveau titre IV dans le code de la santé publique, afin de créer le statut des « *sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires* », qui se présente comme un compromis entre la société de moyens et la société professionnelle. Ce titre se divise en trois chapitres.

● *Chapitre I^{er} : constitution de la société*

L'**article L. 4041-1** définit la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) comme une société civile régie par les chapitres I^{er} et II du titre IX du livre III du code civil.

Son usage est réservé aux « *personnes physiques exerçant une profession de santé* ». Cette formulation, choisie dans un souci de clarté et de simplicité, pour éviter des montages juridiques trop complexes, a soulevé un certain nombre de débats au Sénat. En effet, l'impossibilité pour une personne morale d'appartenir à une SISA a été interprétée comme un obstacle pour un praticien qui exercerait au sein par exemple d'une société d'exercice libéral. Il conviendrait donc de préciser que tout praticien qui exerce par ailleurs au sein d'une structure jouissant de la personnalité morale peut aussi, à titre individuel, exercer au sein d'une SISA.

L'**article L. 4041-2** fixe l'objet de la SISA, qui est double :

– la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité de chacun de ses associés ;

profession libérale visée à l'article 1er, et notamment les officiers publics et ministériels, à constituer des sociétés régies par la présente loi avec des personnes physiques exerçant d'autres professions libérales en vue de l'exercice en commun de leurs professions respectives. »

– l'exercice en commun, par ses associés, de certaines activités à finalité thérapeutique relevant de leurs professions respectives.

Il est précisé que ces activités seront définies par un décret en Conseil d'État, dont le projet a été communiqué à la rapporteure.

Le périmètre des activités qui pourra être mis en commun a été dans un premier temps volontairement limité à la coordination et à l'éducation thérapeutique.

Il serait envisagé à terme d'intégrer deux autres « modules » aux activités pouvant être mises en commun et facturées par la SISA : la coopération et la capitation (rémunération forfaitaire des praticiens en fonction des caractéristiques de leur patientèle). Cependant, les travaux actuels de préfiguration ne sont pas achevés, et s'ils devaient aboutir, une phase de concertation avec les syndicats et les ordres précéderait toute modification législative et réglementaire.

Est-ce que cela implique à l'inverse que seuls les professionnels exerçant en SISA pourront percevoir de nouveaux modes de rémunération ? Selon les informations communiquées à la rapporteure, dans un premier temps, toutes les structures interprofessionnelles répondant au cahier des charges pourront en bénéficier, mais à terme, elles devront se transformer en SISA pour bénéficier des nouveaux modes de rémunération.

L'**article L. 4041-3** définit les membres de la société et les obligations auxquelles ils sont soumis.

Il s'agit de tout professionnel de santé dont l'activité est réglementée par le code de la santé publique, c'est-à-dire à la fois les professions médicales et les auxiliaires médicaux. Il conviendrait, par parallélisme avec les maisons de santé, de prévoir que les pharmaciens puissent être membres d'une maison de santé.

Le deuxième alinéa de l'article précise en outre que « *les sociétés interprofessionnelles ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions de santé.* » Il faut préciser sur ce point que les associés de la SISA restent soumis à titre individuel à ces formalités. En particulier, ils doivent s'inscrire au tableau de l'ordre de la profession dont ils relèvent.

Le fait que la SISA doive s'inscrire aux ordres n'est pas mentionné. Pourtant, la SEL est soumise à l'agrément préalable des ordres et la SCP doit également s'inscrire au tableau de l'ordre.

En effet, d'une part, le précédent des sociétés d'exercice libéral de biologie, associant des médecins et des pharmaciens, a montré que cette solution était trop complexe en termes d'organisation, comme en conviennent les ordres. Cette procédure est en pratique lourde à gérer pour plusieurs professionnels. Cette lourdeur serait multipliée par le nombre de professionnels concernées (en

moyenne entre quatre et cinq professions sont représentées dans les maisons de santé), ce qui entre en contradiction avec les objectifs de simplification administrative demandés par les acteurs de terrain. D'autre part, toutes les professions de santé ne sont pas membres d'un ordre, et cela créait une distorsion entre professions.

Il est donc préférable, comme le prévoit la proposition de loi, que les statuts de la SISA soient transmis un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels.

L'**article L. 4041-4** prévoit que la société doit compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical parmi ses associés.

Ce choix a été fait pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les structures interprofessionnelles ont été conçues pour assurer des soins de premier recours, dont les médecins, particulièrement les médecins généralistes, sont les premiers acteurs. Par ailleurs, il était essentiel de garantir le caractère interprofessionnel de la SISA, c'est pourquoi la société doit compter au moins un auxiliaire médical. Enfin, le choix s'est porté sur un nombre minimal de deux médecins, afin de garantir la continuité des soins.

Il est précisé que le tribunal peut, à la demande de tout intéressé, prononcer la dissolution de la société si cette condition n'est pas remplie. Il peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. Il ne peut prononcer la dissolution si, le jour où il statue au fond, cette régularisation a eu lieu.

L'**article L. 4041-5** prévoit que les statuts de la société sont établis par écrit, selon un cadre prévu par décret en Conseil d'État.

L'**article L. 4041-6** prévoit les conditions du maintien de l'exercice individuel en dehors de la SISA. Il s'agit d'un point important, qui permet non seulement aux professionnels de conserver une certaine souplesse dans leur activité, mais aussi de bien délimiter les activités qui, au sein de la SISA, seront exercées en commun et rémunérées selon de nouveaux modes.

Il est donc prévu que les associés « *peuvent exercer hors de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts* ». Il est également précisé que les « *statuts déterminent dans quelle mesure un professionnel peut exercer à titre individuel une activité qu'il exerce collectivement par ailleurs au sein d'une SISA* ».

L'**article L. 4041-7** prévoit que les statuts de la SISA sont transmis un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels. De plus, ils devront être communiqués aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret.

• *Chapitre II : fonctionnement de la société*

L'**article L. 4042-1** prévoit que les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés qui exercent en commun constituent les recettes de la société. Par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel, elles ne sont pas considérées comme des recettes de la SISA.

Selon les informations communiquées à la rapporteure par le Gouvernement, les sommes versées aux structures par l'assurance maladie dans le cadre des nouveaux modes de rémunération seraient exonérées de TVA. Au regard de l'imposition directe, les personnes physiques associées des sociétés interprofessionnelles ambulatoires seraient personnellement soumises à l'impôt sur le revenu des personnes physiques pour la part des bénéfices non commerciaux qui leur est attribuée.

L'**article L. 4042-2** établit le régime de responsabilité au sein d'une SISA. Il prévoit tout d'abord que chaque associé répond sur l'ensemble de son patrimoine des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société.

La société est solidairement responsable avec lui des conséquences dommageables de ces actes.

Ce régime solidaire de responsabilité professionnelle s'inspire du régime prévu par l'article 16 de la loi de 1966 précitée pour les sociétés civiles professionnelles. Les associés sont ainsi « *indéfiniment et solidairement* » responsables des éventuels dommages causés par leurs actes. Il est par conséquent prévu que la société et les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle.

Votre rapporteure estime, comme les professionnels consultés, que cette forme de responsabilité n'est pas adaptée à l'exercice regroupé et serait de nature à limiter le développement des futures SISA. Elle proposera par conséquent un amendement visant à établir une forme de responsabilité limitée des associés de la SISA.

L'**article L. 4042-3** prévoit qu'un associé peut se retirer d'une SISA, soit qu'il cède ses parts sociales, soit que la société lui rembourse la valeur de ses parts. Cette rédaction reprend celle de l'article 18 de la loi de 1966 précitée, relative aux sociétés civiles professionnelles.

• *Chapitre III : les dispositions diverses*

L'**article L. 4043-1** dispose que les activités exercées en commun au sein de la SISA ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du code de la santé publique. Cette précision vise en toute hypothèse les nouveaux modes de revenu qui seront tirés des activités exercées en commun et ne seront pas considérés comme des honoraires.

L'article L. 4043-2 prévoit que la SISA n'est pas dissoute par le décès, l'incapacité ou le retrait de la société d'un associé pour toute autre cause, ou encore lorsqu'un des associés est frappé de l'interdiction définitive d'exercer sa profession, sauf si le seuil minimum de deux médecins et un auxiliaire médical n'est plus respecté, ou que les statuts le prévoient explicitement.

En revanche, l'associé frappé d'une interdiction d'exercer la profession perd au jour de cette interdiction la qualité d'associé. Il est précisé que ses parts dans le capital sont alors rachetées dans un délai de six mois par un associé ou par la société.

La commission des affaires sociales du Sénat, à l'initiative du rapporteur, a adopté des amendements venant préciser le statut des nouvelles sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. Le rapporteur a cependant estimé qu'il s'agissait d'un instrument encore complexe et insuffisamment abouti.

Plusieurs questions ont été précisées en commission à l'initiative de votre rapporteure telles que le périmètre des activités qui pourront être mises en commun, les membres autorisés de la société, les risques de compérage, le régime de responsabilité des associés et enfin la fiscalité applicable à ces sociétés.

*

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 Prél et AS 97 de M. Guy Malherbe.

M. Jean-Luc Prél. 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 compérage. L'objectif n'est pas d'empêcher les recours pour compérage 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

(article L. 6323-3 du code de la santé publique)

Maisons de santé

L'article 2 vise à modifier l'article L. 6323-3 du code de la santé publique afin de clarifier le statut des maisons de santé.

1. Le statut des maisons de santé

Les maisons de santé, créées par le V de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, ont été conçues comme une réponse

au manque d'attractivité de certains territoires pour les médecins libéraux et aux nouvelles aspirations des jeunes professionnels.

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique les définit aujourd'hui comme des structures qui « *assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.* »

La loi HPST a précisé le statut des maisons de santé sur deux points. Son article 39 a en effet prévu que seuls les professionnels et auxiliaires médicaux peuvent être membres d'une maison de santé. Les personnels médico-sociaux pouvant y être cependant associés. Ces professionnels doivent élaborer un projet de santé, auquel ils adhèrent, qui est transmis pour information à l'ARS et doit être conforme aux orientations du schéma régional d'organisation des soins.

L'article 41 a prévu que les maisons de santé peuvent bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), lorsqu'elles ont conclu avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Cependant, d'autres améliorations peuvent encore être apportées afin de promouvoir ces structures. Ainsi, le statut juridique des maisons de santé doit être renforcé et leur identité mieux affirmée.

2. Le dispositif proposé

Le I modifie l'article L. 6323-3 du code de la santé publique afin d'affiner la définition des maisons de santé, en prévoyant de :

– **doter ces maisons de la personnalité morale** : telles que définies dans le code de la santé publique, les maisons de santé sont aujourd'hui d'avantage des « labels » que des structures juridiques identifiées. Il s'agit ici de leur donner une définition juridique plus claire, ce qui constitue un certain progrès. Les maisons de santé pourront ainsi recevoir certains types de financement.

Cependant les maisons de santé pourront continuer de fonctionner sous des statuts différents, que ce soit une association de loi 1901 ou une société de moyen, ou encore une société interprofessionnelle de soins ambulatoires si ses membres veulent expérimenter les nouveaux modes de rémunération.

Il est précisé que les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. On peut s'étonner que les pharmaciens ne soient pas mentionnés ;

– **préciser qu'elles n'ont pas pour objet d'assurer l'hébergement des malades** : il s'agit ici d'une précision reprise de la rédaction actuelle du code de la santé publique, qui vise à distinguer les maisons de santé des autres structures qui interviennent dans l'offre de soins coordonnée. Les maisons de santé assurent en

premier lieu des soins de premier recours et des actions de prévention et d'éducation pour la santé ;

– **les conduire à élaborer un projet de santé** : cette précision est également reprise du code de la santé publique, tel que modifié par la loi HPST. Il s'agit d'un élément central dans une maison de santé, puisque c'est autour de ce projet de santé que les professionnels exercent une partie de leur activité. C'est aussi ce projet qui justifie le versement de nouveaux modes de rémunération. « *Le projet de santé doit, selon l'ensemble des acteurs être à l'initiative des professionnels et sous leur leadership, sous peine d'échec assuré* »⁽¹⁾.

Le texte prévoit que ce projet de santé, qui peut comprendre, au-delà des missions de service public, des séances d'éducation thérapeutique ou de prévention, devra être « conforme » aux schémas régionaux d'organisation des soins. On peut s'interroger sur cette exigence de conformité. En effet, une certaine souplesse exige de ne pas faire des schémas régionaux des documents opposables à un projet de maison de santé.

Il devra également être « transmis » à l'agence régionale de santé. Cet enregistrement est très important, car il différencie la maison de santé du cabinet de groupe voire de la simple amicale de professionnels. De plus, le projet conditionne la prise en compte des professionnels dans le calcul de certains nouveaux modes de rémunération. Il ne sera pas « opposable » mais déterminera bien les financements accordés.

Enfin, le texte prévoit que les « *conditions techniques de fonctionnement* » des maisons de santé seront définies par décret en Conseil d'État. Sur ce point, la rapporteure souhaite souligner que les maisons de santé sont d'abord une initiative de terrain et que leur fonctionnement est très variable selon les habitudes locales. Définir des « *conditions techniques de fonctionnement* », comme pour les centres de santé, serait inutilement contraignant et mal vécu par les professionnels. Mieux vaudrait qu'elles se définissent en référence à un cahier des charges plus souple défini par arrêté ministériel.

Le **II** a été supprimé pour des raisons rédactionnelles.

La commission des affaires sociales du Sénat, attachée au maintien du secret médical et aux droits du patient, a adopté un amendement supprimant le **III**.

Dans sa rédaction initiale, le **III** prévoyait que toutes les **informations relatives aux personnes prises en charge dans la maison ou le centre de santé** étaient réputées confiées à l'ensemble des professionnels participant au projet. Les patients pouvaient cependant refuser de confier ces données à un ou plusieurs

(1) Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, *rapport remis par M. Jean-Marc Juilhard, Mme Bérengère Crochemore, Mme Annick Touba et M. Guy Vallancien à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, Mme Fadela Amara, secrétaire d'État à la politique de la ville, et M. Hubert Falco, secrétaire d'État à l'aménagement du territoire, janvier 2010.*

professionnels. Il était en outre prévu qu'un décret en Conseil d'État définisse les conditions dans lesquelles ces informations pourraient être échangées.

La commission des affaires sociales du Sénat a jugé que cette compétence relevait du législateur et ne garantissait pas suffisamment le respect de la vie privée des patients.

Cette suppression a été confirmée en séance.

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

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

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

En l'absence de disposition législative explicite, le secret s'impose pour toutes les informations auxquelles a accès chaque professionnel membre d'une maison de santé, à l'exception de celles qui permettent d'assurer la continuité des soins. Or, selon les professionnels rencontrés par la rapporteure, un tel tri est impossible car il représente une charge de travail considérable. Il est donc essentiel d'aménager des conditions particulières de partage des informations, qui soient pragmatiques et respectueuses de la vie privée des patients.

Plusieurs amendements ont été adoptés par la commission à l'initiative de votre rapporteure, afin de prévoir un consentement exprès du patient, qu'il pourrait retirer à tout moment, ainsi que la possibilité pour lui d'identifier les professionnels qui auraient accès à ses données médicales personnelles.

*

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 Prél, 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 cosignions 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 Prétel. 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 Prétel. 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. Préel. 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

(article L. 1434-8 du code de la santé publique)

Suppression du caractère coercitif du contrat de santé-solidarité

1. Le contrat de santé-solidarité : sortir de l'impasse

Le contrat de santé-solidarité a été créé à l'initiative de l'Assemblée nationale par le IV de l'article 43 de la loi HPST.

Cette disposition, codifiée à l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, prévoit que les directeurs d'ARS peuvent proposer aux médecins des zones sur-denses en offre de soins de signer un contrat de santé-solidarité pour les faire participer à la couverture des besoins de santé de la population dans les zones où cette offre est insuffisante.

Il faut noter que la décision de proposer un contrat aux professionnels n'intervient que dans l'hypothèse où, trois ans après l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins (SROS), le bilan de son application révèle de graves lacunes dans l'offre de soins de premier recours par rapport aux besoins de santé de la population. Le contrat de santé-solidarité a donc été conçu comme une solution de dernier recours en cas de faillite des outils incitatifs.

De plus, le contrat de santé-solidarité est proposé après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des

professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique

Enfin, les médecins concernés ne peuvent refuser de signer le contrat de santé-solidarité que moyennant une contribution forfaitaire annuelle égale, au plus, au plafond mensuel de la sécurité sociale – soit 2 946 euros en 2011.

Face aux vives réactions des professionnels, l'application de cette dernière mesure a été mise en sommeil dès le 25 juin 2010, lorsque Mme Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la santé et des sports, a fait connaître son intention de « *mettre volontairement entre parenthèses* » les dispositions de la loi concernant les contrats santé-solidarité ⁽¹⁾, et de ne pas prendre les mesures réglementaires nécessaires à leur mise en application.

La ministre a justifié sa décision en estimant qu'un dispositif mis en œuvre sans attendre l'échéance d'un délai de trois ans et basé sur le volontariat des médecins, dans lequel des contreparties seraient proposées aux médecins qui s'engagent à exercer dans une zone sous-dotée plusieurs demi-journées par semaine, « *permettra de ne pas recourir au contrat santé solidarité* ».

L'article 3 de la présente proposition de loi vise donc à sortir de cette impasse, en conservant le contrat de santé-solidarité, mais en supprimant son volet coercitif.

2. Privilégier les mesures incitatives en supprimant le caractère contraignant du contrat de santé-solidarité

L'article 3 maintient le contrat de santé-solidarité tel que mis en place par la loi HPST, en y apportant deux modifications substantielles :

Le 1^o de l'article prévoit que le contrat de santé-solidarité doit être conforme à un contrat-type défini par l'Union nationale des caisses d'assurances maladie (Uncam) et par au moins une organisation représentative de médecins. Les organisations représentatives rencontrées par la rapporteure se sont déclarées prêtes à faire du contrat de santé-solidarité un point important des futures négociations conventionnelles.

Le 2^o supprime le quatrième alinéa de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, qui correspond au volet coercitif du contrat de santé-solidarité. Ainsi, les médecins exerçant dans des zones sur-denses qui refuseront de signer un contrat de santé-solidarité avec l'ARS ne pourront se voir infliger une contribution forfaitaire. Mais ils pourront toujours, à titre volontaire, signer ce type de contrat et participer aux soins de premiers recours dans les zones sous-denses.

Cette question avait déjà fait débat lors de la discussion de la loi HPST. Le Sénat, tout en saluant la volonté du rapporteur de l'Assemblée nationale de

(1) Cf. discours d'ouverture de la 4^{ème} édition du congrès national de médecine générale, 25 juin 2010.

proposer une mesure de démographie médicale dépassant le stade de l'incitation, avait jugé excessif et prématuré d'infliger au professionnel une contribution forfaitaire en cas de seul refus de signer le contrat de santé-solidarité. C'est pourquoi le Sénat était revenu sur le caractère obligatoire du contrat en commission, avant de se ranger à la solution de l'Assemblée nationale en séance.

Lors de l'examen de la proposition de loi, la commission des affaires sociales du Sénat est revenue à sa première position et adopté l'article 3 de la proposition de loi sans modification, estimant que le contrat de santé-solidarité devait « *avoir un caractère volontaire et non imposé* », ce qui a été confirmé en séance.

Votre rapporteure estime qu'en tout état de cause, ces contrats n'entreront en vigueur que trois ans après la mise en place des nouveaux schémas régionaux d'organisation de soins, qui sont en cours d'élaboration.

Dans l'intervalle, il semble plus efficace de recourir à toutes les mesures incitatives dont nous disposons et aux nouveaux modes d'exercice de la profession pour répondre à la problématique des déserts médicaux. Il serait en effet contre productif de ne pas travailler en partenariat avec les professionnels de santé avant le début des négociations conventionnelles.

*

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 Prével. 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 Prével, 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 « surdensités » ; 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)

(article L. 1434-7 du code de la santé publique)

**Respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé
par le schéma régional d'organisation des soins**

Créé par la loi HPST et défini aux articles L. 1434-5 à L. 1434-11 du code de la santé publique, le schéma régional d'organisation des soins (SROS) « *a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique* », tant pour les soins hospitaliers – qui faisaient déjà l'objet d'une planification établie par les anciennes ARH – que pour les soins ambulatoires, pour lesquels les efforts d'organisation entrepris par les pouvoirs publics n'étaient jusqu'alors pas formalisés dans un document de planification.

L'objet du SROS est d'indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours – principalement les besoins en professionnels, pôles, maisons et centres de santé – et d'identifier les zones déficitaires en offre de soins, dans lesquelles doivent être mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique de l'offre de soins.

La partie dite ambulatoire du SROS, applicable notamment aux professionnels libéraux, a une portée indicative. Cependant, de nombreux représentants des professionnels de santé libéraux avaient craint que ce volet n'ait un caractère opposable aux praticiens, par exemple lorsqu'ils choisissent un lieu d'installation.

L'article 3 bis AA, adopté par la Commission à l'initiative de la rapporteure, a donc pour objet de préciser d'une part que le SROS ne porte aucune atteinte à la liberté d'installation des professionnels, et d'autre part, que le SROS n'est pas opposable aux praticiens.

*

La Commission adopte l'amendement AS 189 de la rapporteure.

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

Après l'article 3

La Commission examine 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)

(article L. 4111-1-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Exercice de la médecine par les internes en année de séniorisation

Cet article, adopté par la Commission avec l'avis favorable de la rapporteure, vise à favoriser la professionnalisation des internes.

Aujourd'hui, à la fin de l'internat, qui correspond au troisième cycle des études médicales, les praticiens en formation ayant validé le nombre de stages requis et soutenu leur mémoire obtiennent leur diplôme d'études spécialisées (DES). Ce diplôme et la soutenance de la thèse de médecine leur ouvrent le droit d'exercer la médecine, après inscription au tableau départemental du conseil de l'ordre des médecins.

Dans les faits, comme le montre un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation

nationale et de la recherche⁽¹⁾, la majorité des jeunes praticiens estiment nécessaire d'effectuer une période complémentaire de post-internat afin d'être pratiquement en capacité d'exercer. Cette période est conçue comme une occasion d'approfondir des connaissances rendues nécessaires par les progrès de la médecine et la technicité accrue de nombre de spécialités, et comme un moyen d'autonomiser leur exercice.

Si cette pratique permet de compléter utilement la formation des médecins et contribue à l'offre de soins, elle n'est pas absolument satisfaisante. Non seulement elle ne correspond pas toujours aux besoins de formation des futurs médecins et aux besoins de soins de la population, mais surtout, elle encourage une tendance générale qui consiste à repousser au post-internat une partie de la formation qui devrait être intégrée à l'internat.

Le rapport précité propose de « *remplacer le dispositif actuel de post-internat par une période complémentaire pour tous, destinée à acquérir une autonomie d'exercice. Il s'agit de substituer à une pratique inorganisée, multiforme et d'une durée indéterminée mais globalement assez longue une période de durée fixe, en principe limitée à un an dont l'objectif explicite et évalué serait l'acquisition d'une autonomie d'exercice. Cette période de séniorisation encadrée aurait lieu dans le prolongement de l'internat, avant l'obtention du diplôme d'études spécialisées* ».

Dans le prolongement de cette proposition, cet article introduit un nouvel article L. 4111-1-1 dans le code de la santé publique, qui reconnaît un droit au plein exercice de la médecine aux internes pendant une période de séniorisation qui précède l'obtention de leur DES. L'objectif est ainsi de leur faire acquérir une véritable autonomie d'exercice avant la fin de leurs études.

*

La Commission examine l'amendement AS 82 de MM. Jacques Domergue et Rémi Delatte.

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.*

(1) Le post-internat : constat et propositions, *Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche*, juin 2010.

Article 3 bis AC (nouveau)

(article L. 4131-2-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Remplacement de médecin salarié d'un établissement de santé

Cet article, adopté par la Commission avec l'avis favorable de la rapporteure, vise à favoriser le remplacement des médecins salariés exerçant en établissement de santé par des internes.

En l'état actuel du droit, l'article L. 4131-2 du code de la santé publique prévoit que les étudiants en médecine français ou ressortissants de l'un des États membres des communautés européennes ou partie à l'accord sur l'espace économique européen et inscrits en troisième cycle des études médicales en France peuvent être autorisés à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit, en cas d'afflux exceptionnel de population dans une région déterminée, comme adjoint d'un médecin.

Un interne, pour pouvoir remplacer un médecin, doit avoir validé trois stages dont obligatoirement un stage chez un praticien et être titulaire d'une licence de remplacement. Le remplacement d'un médecin par un interne ne concerne que la médecine libérale aujourd'hui.

L'objectif de cet article est d'accorder la même possibilité de remplacement dans les établissements de santé. Il introduit donc un nouvel article 4131-2-1 dans le code de la santé publique, qui prévoit qu'un médecin salarié d'un établissement de santé peut être remplacé ponctuellement par un interne ayant achevé le second cycle de ses études et effectué un nombre minimal de semestres en internat fixé par décret en Conseil d'État.

*

La Commission examine l'amendement AS 81, de MM. Jacques Domergue et Rémi Delatte.

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)

(article L. 6161-4 [nouveau] du code de la santé publique)

Possibilité pour l'ARS de fixer une proportion minimale d'actes facturés au tarif opposable dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Cet article, adopté par la Commission contre l'avis de la rapporteure, vise à permettre aux agences régionales de santé de fixer une proportion minimale d'actes à facturer sans dépassement d'honoraires en établissement de santé.

Au-delà des problèmes posés par le manque de précision de la rédaction, la rapporteure estime que cet amendement est prématuré. En effet, imposer la création d'une forme de secteur optionnel aux établissements, sans aucune concertation avec les principaux intéressés, ne pourra qu'entraîner des blocages chez les professionnels.

La rapporteure proposera donc sa suppression.

*

La Commission examine 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 Prével. 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.

Article 3 bis A

(articles L. 6161-9 et L. 6161-5-1 du code de la santé publique et article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles)

Interventions des professionnels de santé libéraux dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

L'article 3 *bis* A de la proposition, résultant d'un amendement de M. Le Menn sur lequel le gouvernement s'en est remis à la sagesse du Sénat, vise à empêcher que les interventions des professionnels de santé libéraux dans des établissements de santé ou des établissements sociaux ou médico-sociaux ne soient requalifiées en tant qu'activités salariées et soumises à cotisations sociales comme semble le pratiquer un certain nombre d'URSSAF.

Ce problème avait déjà été soulevé lors du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, à l'initiative de notre collègue Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social. Lors de la discussion en séance, le Gouvernement avait indiqué qu'il considérait l'inquiétude des professionnels libéraux et des établissements comme légitimes mais qu'une circulaire serait suffisante pour préciser aux URSSAF les conditions d'exercice des professionnels libéraux dans les structures tant sanitaires que médico-sociales. Lors de la discussion du même projet de loi au Sénat, le Gouvernement avait réitéré sa promesse de faire rapidement parvenir des instructions en ce sens à l'ACOSS.

Malheureusement, à ce jour, ces instructions n'ont toujours pas été données et c'est pour cette raison que le Sénat a souhaité inscrire cette disposition dans la présente proposition de loi.

L'article 3 bis A modifie donc successivement les dispositions relatives à l'intervention de ces professionnels dans les établissements de santé publics (le I), dans les établissements de santé privés (le II) et dans les établissements sociaux et médico-sociaux (le III).

Si les I (qui modifie l'article L. 6161-9 du code de la santé publique) et le II (qui modifie l'article L. 6161-5-1 du même code) ne posent pas de difficultés majeures (même si l'on peut s'interroger sur la nécessité de passer par la loi pour régler ce problème), le III va par contre beaucoup plus loin et soulève des questions de principe.

En effet, l'article L. 314-12-1 nouvellement créé prévoit que les résidents d'un établissement social ou médico-social peuvent bénéficier de l'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux dès lors que « *leur état de santé le nécessite* ». La difficulté d'une telle disposition, très justement relevée par le rapporteur du Sénat, est que cela revient à faire payer deux fois l'assurance-maladie : une fois au titre du forfait soins versé à la structure, sur l'enveloppe médico-sociale, et une seconde fois au titre de l'exercice libéral, sur l'enveloppe soins de ville.

Par ailleurs, d'un point de vue formel, ce nouvel article renvoie dans son texte à des dispositions réglementaires ce qui est totalement incohérent en termes de hiérarchie des normes.

Pour toutes ces raisons, et indépendamment des réponses que le Gouvernement pourrait apporter sur le problème général en séance publique, la commission des affaires sociales a souhaité, à l'initiative de la rapporteure, revenir à la solution préconisée à l'automne dernier par Mme Bérengère Poletti, qui permet d'éviter toute requalification d'intervention libérale en activité salariée sans pour autant ouvrir la voie à des doubles facturations pour l'assurance-maladie.

*

La Commission examine l'amendement AS 175 de Mme Valérie Boyer, rapporteure.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Cet amendement vise à préciser les dispositions relatives aux établissements médico-sociaux afin d'éviter le double paiement d'une même prestation par l'assurance maladie et le renvoi à des dispositions réglementaires.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Concerne-t-il les médecins salariés ?

Mme la rapporteure. Non, essentiellement les infirmières, ce qu'il faudrait en effet préciser.

La Commission adopte l'amendement.

Article 3 bis

(article L. 6112-3-2 [nouveau] du code de la santé publique)

Modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé

L'**article 3 bis** a été introduit par la commission des affaires sociales du Sénat, à l'initiative du Gouvernement. Il vise à préciser les conditions d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé publics ou privés.

Selon les informations communiquées à la rapporteure, la mesure se justifie pour les raisons suivantes.

Jusqu'à présent, la permanence des soins hospitalière en établissement de santé était encadrée et financée dans le cadre de contrats de pratiques professionnelles (CPP) conclus entre l'assurance maladie et les professionnels de santé dont les spécialités étaient limitativement énumérées dans la convention médicale. Le contenu de ces contrats, ainsi que le montant de la rémunération afférente étaient fixés par la convention médicale.

La loi HPST a abrogé la base légale de ces contrats. La solution de remplacement consiste à confier aux agences régionales de santé, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus avec les établissements de santé, dans les conditions fixées aux articles L. 6114-1 et L. 6112-2 du code de la santé publique, le soin d'encadrer les modalités d'exercice de la permanence des soins en clinique, de fixer les spécialités concernées et de déterminer le montant de la rémunération versée aux médecins.

L'article 3 *bis* vient donc préciser les conditions d'indemnisation des médecins libéraux dans les établissements privés et publics.

Pour cela, il introduit un nouvel **article L. 6112-3-2** dans le code de la santé publique, qui dispose que *« 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, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé par l'établissement. »*

La mission de service public visée dans l'article renvoie à la permanence des soins, les samedis après-midi, dimanche et jours fériés, ainsi que la nuit.

- *Les mêmes règles s'appliquent aux secteurs public et privé*

Le scénario qui a été privilégié est en effet celui d'un dispositif commun, basé sur une contractualisation entre l'ARS et les établissements, s'intégrant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le cadre des procédures de délégation des missions de service public.

La mise en place d'un dispositif de permanence des soins commun aux secteurs publics et privés milite en faveur d'une indemnisation identique pour les médecins libéraux qui y participent dans le cadre d'un établissement qu'il soit public ou privé. Une indemnisation commune évite de favoriser un secteur par rapport à un autre et permet d'uniformiser l'encadrement de la permanence des soins.

- *Les modalités de participation à la permanence des soins*

Seuls les médecins dont la spécialité sera répertoriée dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, signé pour cinq ans entre l'ARS et l'établissement de santé, pourront participer à la permanence des soins. Ils passeront alors un contrat avec l'établissement de santé, qui prendra en compte les orientations du CPOM.

- *La rémunération de la participation à la permanence des soins*

Les professionnels seront rémunérés au titre de leur participation à la permanence des soins sur une base forfaitaire, qui viendra s'ajouter à leurs honoraires.

Il faut noter que les professionnels concernés ne peuvent cumuler cette indemnité avec celle qui leur est versée lorsqu'ils participent à la mission de permanence des soins effectuée dans le cadre d'une activité libérale prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

Les lignes de gardes et d'astreintes participant à la mise en œuvre de la permanence des soins hospitalière par les établissements de santé publics et privés seront financées par des crédits issus de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) relevant d'une enveloppe unique et fongible, avec à terme une harmonisation des modalités de rémunération entre les praticiens hospitaliers et libéraux concernés.

Il est précisé qu'un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe les conditions de l'indemnisation forfaitaire. Selon les informations communiquées à la rapporteure, une réflexion sur le contenu de cet arrêté est en cours.

Pour ce qui concerne les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins dans les cliniques, les tarifs repris dans l'arrêté seront les mêmes que ceux actuellement prévus par la convention médicale de 2005 reconduite par le règlement arbitral de 2010, à savoir 150 euros par astreinte et 228,68 euros par garde. Lors des réunions de concertation menées par le ministère avec les syndicats de médecins libéraux sur ce thème, ces derniers ont en effet fait part de leur attachement au maintien des montants actuels de ces forfaits et à leur application identique sur l'ensemble du territoire.

La Commission est saisie de l'amendement AS 79 de M. Jean-Pierre Door, tendant à rédiger l'article.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement prévoit que la rémunération des médecins libéraux participant à la permanence des soins en établissement de santé est versée par la Caisse primaire d'assurance maladie, *via* une association de recouvrement des honoraires, créée et gérée par les médecins libéraux concernés. Ainsi, l'établissement de santé ne serait pas débiteur.

M. Jacques Domergue. Et si le médecin ne réalise pas d'acte ?

M. Jean-Pierre Door. Il assure la permanence des soins et perçoit à ce titre une vacation.

Mme la rapporteure. Mon avis est défavorable : le versement de la rémunération doit être assuré par l'entité juridique attributaire de la mission de service public. Je connais la crainte des professionnels que la permanence des soins soit requalifiée en salariat. Une concertation est en cours sur un modèle de contrat liant l'établissement et le médecin libéral.

Par ailleurs, l'amendement est ambigu car il prévoit de maintenir une compensation financière pour l'établissement, tout en prévoyant le versement direct de la rémunération aux médecins.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 3 bis sans modification.

Après l'article 3 bis

La Commission examine trois amendements identiques : AS 9 de M. Jean-Marie Rolland et AS 27 de M. Jean-Luc Prével, et AS 115 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Marie Rolland. Ces amendements tendent à insérer un article additionnel prévoyant des assouplissements à la composition des équipes médicales associant salariat et exercice libéral dans un même établissement de santé.

Ils prévoient de donner aux médecins libéraux exerçant dans onze établissements de santé adhérents de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), connaissant une situation historique particulière, la faculté qu'ont les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur activité libérale et les médecins libéraux exerçant dans les établissements privés ex-OQN (objectif quantifié national) voisins de demander des dépassements d'honoraires.

Enfin, ils prévoient la conclusion d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'établissement de santé et l'agence

régionale de santé (ARS), lequel pourra définir les proportions garanties d'exercice en tarif opposable des médecins libéraux.

M. Jean-Luc Prével. L'examen par le Conseil d'État du projet de décret relatif à la coopération, souhaitée par le législateur, entre la médecine hospitalière et la médecine libérale a montré que des problèmes se posaient encore, notamment pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

M. Jacques Domergue. Comment peut-on encore défendre le maintien de privilèges dans certains établissements ? La règle prévoyant que les médecins libéraux appliquent des tarifs conventionnés doit être la même pour tous ! Il est déjà difficile de faire cohabiter médecins salariés sur les nouveaux contrats et médecins libéraux sur les anciens !

M. Simon Renucci. Le texte fait apparaître les difficultés de la mise en œuvre de la loi HPST et certaines de ses contradictions. La grande majorité des médecins libéraux partageant l'objectif de l'équité d'accès aux soins, il conviendrait de prévoir un engagement conventionnel des médecins sur l'ensemble des pratiques. Mais, dans le même temps, on souhaite que deux tarifs puissent être appliqués sur un même fonctionnement.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Nous avons eu le même débat hier sur les maisons de santé. La loi HPST précise qu'un établissement de santé chargé de missions de service public doit garantir à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions une prise en charge sans dépassement.

La Commission rejette les deux amendements identiques.

M. le président Pierre Méhaignerie. On lira avec intérêt dans le journal *Les Échos* paru ce jour un article sur l'initiative du maire de La Ferté-Bernard, qui a décidé d'embaucher trois médecins salariés, et qui croule aujourd'hui sous les demandes...

M. Guy Lefrand. Le maire de La Ferté-Bernard, Jean-Carles Grelier, présent hier aux rencontres de l'AMF, nous a fait tout de même part de ses interrogations quant à l'équilibre financier du projet de sa commune.

M. Christian Paul. Sans doute le recours à la médecine salariée sera-t-il une solution lorsque les autres formes d'installation auront échoué.

La situation actuelle de la médecine de ville est catastrophique. Si nous avons défendu hier des amendements prévoyant des mesures de régulation de l'implantation des médecins libéraux, ce n'est ni par idéologie ni pour porter atteinte à la liberté d'installation. Ceux qui l'ont laissé entendre, comme le ministre de la santé, ont commis un amalgame malhonnête.

La Commission rejette les amendements AS 9, AS 27 et AS 115.

Article 4

(article L. 6315-1 du code de la santé publique)

Suppression de l'obligation pour les médecins de déclarer leurs absences programmées

1. L'obligation pour les médecins de déclarer leurs absences programmées : un dispositif intéressant dans son intention, mais inutilement coercitif

Le V de l'article 49 de la loi dite « HPST », dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique, a institué un dispositif de « *continuité des soins en médecine ambulatoire* ».

Cette mesure consiste à élever au niveau législatif une obligation faite aux médecins par leur code de déontologie – dont l'article 47 prévoit que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée* » – et à aménager le régime de cette obligation.

Ainsi, l'article L. 6315-1 précité reprend ce principe de « continuité des soins » et définit une procédure visant à le mettre en œuvre, en prévoyant :

– que tout médecin absent de son cabinet doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence, ce que prévoyait déjà le code de déontologie médicale ;

– que tout médecin doit informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées ;

– que ce conseil « *veille au respect de l'obligation de continuité des soins* » et en informe le directeur général de l'ARS.

Les fortes inquiétudes de la profession qui ont suivi l'adoption de cette mesure ont conduit le Gouvernement à faire le choix de ne pas publier le décret d'application nécessaire à sa mise en œuvre. L'article 4 de la proposition de loi en tire les conséquences, en proposant la suppression de cette obligation.

2. Le recours au volontariat des professionnels : une solution plus responsabilisante et plus efficace

L'article 4 de la présente proposition de loi prévoit la suppression de l'obligation pour les médecins de déclarer leurs absences programmées.

La commission des affaires sociales du Sénat a jugé cette proposition de bon sens et adopté l'article en l'état. Cependant, en séance, cette obligation a été rétablie, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, au motif qu'elle ne constituait pas une atteinte démesurée à l'exercice libéral de la médecine.

Votre rapporteure estime que le maintien de cette mesure enverrait un signal négatif aux professionnels sans être pour autant efficace.

- *L'incompréhension des professionnels*

Tout d'abord, l'obligation d'information a malheureusement été perçue par les médecins comme susceptible de servir de base à la mise en place d'un véritable régime « *d'autorisation d'absence* », dans lequel les praticiens auraient à faire agréer par l'ARS les dates de leurs congés et autres absences programmées.

Bien plus, et comme l'a rappelé M. Xavier Bertrand au Sénat, « *cette disposition a été interprétée comme un changement complet de philosophie* », laissant croire à tort qu'elle conduirait *in fine* à la remise en cause de la liberté d'installation et de prescription.

- *Les difficultés pratiques de mise en œuvre*

Sur le plan pratique, comme le rappelle l'exposé des motifs de la proposition de loi, cette mesure s'est avérée « *difficilement applicable, en raison de l'impossibilité d'en contrôler l'exécution* ». Outre la lourdeur de cette formalité pour les praticiens eux-mêmes, son traitement par le conseil départemental de l'ordre présente une double difficulté.

En premier lieu, il n'appartient pas au conseil départemental de l'ordre de gérer les congés des médecins. Son rôle est d'aider les médecins dans les difficultés ponctuelles qu'ils sont susceptibles de rencontrer pour assurer leur obligation déontologique de continuité des soins.

En second lieu, tenir, actualiser et analyser l'ensemble des déclarations de congés des médecins d'un département, tout au long de l'année, constitue un travail extrêmement fastidieux pour le conseil départemental de l'ordre et présente, en termes opérationnels, peu d'intérêt.

- *L'efficacité prouvée de l'appel au volontariat des professionnels*

Rappelons sur ce point que la « continuité des soins » est un concept bien distinct de la « permanence des soins », qui est une obligation de service public obéissant à des règles contraignantes. Elle existe déjà, puisque les médecins ont l'obligation déontologique⁽¹⁾ d'orienter leur patient vers un confrère en cas d'absence et peut être mise en œuvre efficacement par des moyens moins contraignants et plus efficaces.

Pour preuve, depuis 2003, en Seine Saint Denis, une liste des médecins disponibles dans le département au cours de l'été est établie sur la base d'informations fournies par les médecins libéraux volontaires. Cette liste permet d'orienter tout patient qui est à la recherche d'un médecin. 561 médecins sont volontaires pour participer à cette opération.

(1) *L'article 47 du code de déontologie des médecins prévoit que « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »*

Cette expérience pourrait être élargie. Chaque conseil de l'ordre aurait pour tâche, en liaison avec les agences régionales de santé d'identifier les médecins disponibles pendant les périodes de congés et de repérer dans chaque département les difficultés d'organisation de la continuité des soins et de mettre en œuvre des solutions adaptées. Ce travail serait réalisé en partenariat avec les représentants professionnels, les SAMU, les associations de médecins urgentistes, les associations de permanence des soins et les établissements de santé.

Cet exemple montre que pour les périodes bien ciblées de l'année où les difficultés de continuité des soins peuvent se faire sentir, comme l'été ou les fêtes de fin d'année, il est plus utile au conseil départemental de l'ordre de connaître la liste des médecins qui seront effectivement présents sur le département. Seule cette identification permettra concrètement d'assurer l'orientation des patients du département vers les médecins disponibles pendant les congés de leurs confrères, garantissant ainsi la continuité des soins sur le territoire.

Il paraît au final plus judicieux de responsabiliser l'ordre des médecins et de travailler en partenariat avec les professionnels que de mettre en œuvre une disposition ressentie comme autoritaire et inefficace. En rencontrant l'ensemble des organisations représentatives, la rapporteure a pu mesurer la volonté réelle des professionnels de participer à la continuité des soins, et l'inefficacité des mesures coercitives, qui ont pour seul effet d'écartier les jeunes professionnels de l'exercice libéral de la médecine.

C'est pourquoi la rapporteure préconise le rétablissement de l'article 4.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 209 de la rapporteure, tendant à rétablir l'article 4, supprimé par le Sénat et de l'amendement AS 116 identique de M. Dominique Tian.

Mme la rapporteure. L'article 4, qui visait à mettre fin à l'obligation pour les médecins libéraux de déclarer leurs absences programmées à l'ordre départemental, a été supprimé en première lecture par les sénateurs.

Les syndicats auditionnés nous avaient pourtant demandé de supprimer cette obligation d'information, perçue – hélas ! – comme pouvant servir de base à la mise en place d'un régime d'autorisation d'absence. Les conseils de l'Ordre départementaux, pour leur part, ont indiqué que la mise en œuvre de cette mesure était trop lourde.

À la veille de l'ouverture des négociations conventionnelles, il convient de laisser la capacité d'initiative aux médecins libéraux et de leur confier la responsabilité collective de la continuité des soins. Dans certains départements, et conformément au code de déontologie, les médecins se sont organisés de manière efficace pour garantir la continuité des soins, sur la base du volontariat et pour les périodes posant de réelles difficultés.

Une telle mesure paraissant inutile, il convient de rétablir l'article 4, qui tend à y mettre fin.

M. Jean-Marie Rolland. Cette disposition a été adoptée dans le cadre de la loi HPST, dont j'étais le rapporteur : nous souhaitions alors attirer l'attention des professionnels de santé sur la nécessité de se positionner clairement quant au service offert au public.

Dans mon village de 1 200 habitants, les deux boulangers doivent s'entendre pour partir en vacances. Il est anormal que les médecins voient une mesure vexatoire dans cette disposition qui permettrait d'éviter, par exemple, d'être dans l'impossibilité de trouver dans le département de l'Yonne un cabinet d'ORL ouvert entre le 23 décembre et le 7 janvier !

La disposition n'est que peu contraignante. Peut-être pourrait-on l'assouplir en levant l'obligation d'information dans le cas où l'absence serait due à une urgence imprévue. Il serait en tout cas démagogique de la supprimer.

M. Simon Renucci. Ne détricotons pas davantage le texte ! Si les conseils de l'Ordre, qui ont déjà peu de pouvoirs en matière d'éthique et d'organisation des soins, ne sont pas informés des absences des médecins, à quoi servent-ils ? Autant les supprimer !

M. Fernand Siré. Le code de déontologie prévoit déjà que les médecins assurent la continuité des soins. Par ailleurs, en l'absence du médecin traitant, il est possible d'appeler le « 15 », service chargé d'assurer la régulation.

M. Jacques Domergue. Cette disposition est issue d'un amendement dont je suis l'auteur, et dont la logique était de prévoir que les ARS soient informées des absences de médecins, aussi bien dans les établissements publics que dans les établissements privés.

Connaissant bien les critiques dont la mesure fait l'objet, je suggère un moyen terme en proposant de limiter l'obligation d'information aux périodes correspondant aux congés d'été et de fin d'année. Cela serait moins vexatoire et démontrerait que la médecine ne doit pas être réglementée, mais régulée.

M. Guy Lefrand. S'il faut que les médecins informent à l'avance les conseils de l'Ordre des congés qu'ils souhaitent prendre, autant qu'ils soient salariés ! Cela va à l'inverse de l'esprit de la médecine libérale !

M. Dominique Dord. Je ne vois pas en quoi cette mesure serait vexatoire. Lorsque je m'absente de ma mairie, j'avertis mon premier adjoint. De la même manière, les trois quarts des médecins préviennent leurs collègues et s'organisent pour assurer une permanence des soins.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous ne sommes pas dans le domaine des intentions, mais dans le domaine juridique. La régulation est naturelle dans 90 % des cas. Faut-il vraiment légiférer ?

M. Bernard Perrut. En France, nous sommes attachés à la continuité du service public. L'exercice libéral de la médecine n'est pas antinomique avec le respect de certaines règles, mais je pense que les médecins sont en mesure de s'organiser eux-mêmes. Les maisons médicales de garde, présentes dans bien des communes, reposent sur une organisation volontaire des médecins, qui prennent leurs responsabilités et assurent une permanence des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et trois cent soixante-cinq jours par an. Pourquoi ce qui se fait la nuit ne se ferait-il pas le jour ?

M. Jean-Luc Prél. La suppression de cette obligation, mal acceptée par les médecins, a en grande partie motivé cette proposition de loi. Pour ma part, je ne vois pas comment l'on peut établir un tableau de garde sans connaître les absences. Il ne s'agit pas de demander l'autorisation, mais simplement de déclarer ses congés.

M. Yves Bur. Les médecins anglais sont tenus d'assurer la continuité des soins vis-à-vis de leurs patients en les orientant vers un confrère en cas d'absence, de telle sorte que ceux-ci n'aient pas à chercher un cabinet ouvert. C'est ce type d'organisation que nous tentons de mettre en place, de façon peut-être maladroite.

M. Simon Renucci. Un médecin qui part en congé doit transmettre au conseil de l'Ordre le nom de son remplaçant : il s'agit d'une simple information, non d'une demande d'autorisation. Nous sommes en train de discuter de la suppression d'une disposition qui, après tout, « ne mange pas de pain ».

Mme la rapporteure. Les médecins prennent leurs responsabilités, conformément au code de déontologie. Des difficultés se posent dans 10 % des cas seulement ; mais ce n'est pas une disposition contraignante, mal perçue par les médecins, et difficile à mettre en œuvre pour les conseils de l'Ordre, qui permettra de les régler. Je vous propose, dans le cadre de l'article 88, de trouver une solution pour les médecins qui ne parviennent pas à trouver de remplaçant.

M. Gérard Bapt. Dans 90 % des cas, il n'y a pas de problème. Les médecins que nous avons auditionnés ont été unanimes : ils ont mal vécu la mesure. Bien des médecins partent en congés sans chercher de remplaçant ! Votre proposition est insuffisante ; celle de M. Domergue pourrait faire l'objet d'un examen dans le cadre de l'article 88 de notre Règlement.

La Commission rejette les amendements AS 209 et AS 116.

En conséquence, elle maintient la suppression de l'article 4.

Article 5 A (nouveau)

(article L. 161-42 du code de la sécurité sociale)

**Présence d'un représentant des usagers
dans le collège de la Haute Autorité de santé**

Cet article, adopté par la Commission avec l'avis favorable de la rapporteure, modifie l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, afin de compléter la composition du collège de la Haute autorité de santé (HAS) par un représentant des usagers.

Dans le cadre de l'« Année des patients et de leurs droits », un rapport publié en janvier dernier ⁽¹⁾ préconise de « *favoriser les conditions nécessaires à l'implication des usagers dans les instances décisionnelles du système de santé* », afin de permettre l'émergence d'une véritable démocratie sanitaire.

Dans le même esprit, cet article vise à aligner la composition du collège de la HAS sur celle des conseils d'autres instances nationales dans le domaine de la santé, telles que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou l'Institut de veille sanitaire, afin de promouvoir le rôle des patients dans le système de santé.

*

La Commission examine l'amendement AS 153 de M. Christian Paul, portant article additionnel avant l'article 5.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement, qui s'inscrit dans le cadre de l'« Année des patients et de leurs droits », prévoit de compléter la composition du collège de la Haute autorité de santé par un représentant des usagers, issu de l'une des associations de santé agréées. Si tel avait été le cas l'année dernière, la gestion de la pandémie de grippe H1N1 n'aurait sans doute pas été la même.

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

Article 5

(articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la santé publique)

**Rétablissement des contrats de bonne pratique
et des contrats de santé publique**

L'article 5 vise à rétablir les contrats de santé publique et les contrats de bonne pratique, remplacés par de nouveaux contrats par la loi dite HPST, afin de faciliter la transition entre les anciens et nouveaux dispositifs pour les professionnels.

(1) Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé », présenté à la ministre de la Santé et des sports par Nicolas BRUN, Emmanuel HIRSCH et Joëlle KIVITS, janvier 2011.

1. La suppression des contrats de santé publique et des contrats de bonne pratique

L'article 22 de l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST a prévu l'abrogation des articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale et la modification de l'article L. 162-12-17 à la date de création des agences régionales de santé. Ces articles constituaient la base juridique :

– des contrats de bonnes pratiques (CBP) prévus à l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, qui comportent des engagements portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles et des modes de prescription. Ces contrats sont définis au niveau national par les acteurs conventionnels, et tout professionnel conventionné peut y adhérer individuellement ;

– des contrats de santé publique (CSP) prévus à l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale, établis au niveau national ou régional, dont les adhérents s'engagent à participer à la permanence des soins et à une coordination accrue des soins, ou encore à des actions de prévention. Ces contrats, définis au niveau national, peuvent donner lieu à une adhésion individuelle par le praticien au niveau local ;

– des accords de bon usage de soins (ACBUS) prévus à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, contrats passés au niveau régional, qui prévoient des « *objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre* ».

L'abrogation ou modification de ces articles découlaient de la disparition des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et de la création de nouveaux « *contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins* » par l'article 118 de la loi HPST.

Ces nouveaux contrats, qui donneront lieu à des contreparties financières, pourront être signés entre l'agence régionale de santé et les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les centres de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les maisons de santé, les services médico-sociaux ou encore les réseaux de santé.

2. Une transition mal assurée avec les nouveaux contrats

Afin d'assurer la transition avec les nouveaux contrats, le II de l'ordonnance précitée prévoit que « *les droits et obligations nés des adhésions individuelles aux contrats conclus pour leur application demeurent en vigueur jusqu'au terme prévu par ces contrats.* »

Or cette formulation a donné lieu à des difficultés d'interprétation et créé des inquiétudes chez les professionnels. En effet, les contrats individuels conclus entre les professionnels et les URCAM étaient soumis à tacite reconduction. Avec

la disparition des URCAM, l'idée s'est répandue selon laquelle les contrats individuels n'avaient plus de base juridique pour paiement après l'échéance de la période qui appelait tacite reconduction.

Il a donc semblé nécessaire de rétablir une base juridique claire permettant d'assurer la continuité des paiements pour les contrats collectifs déjà conclus, jusqu'à leur terme.

3. La nécessité de leur rétablissement temporaire pour assurer la transition avec les nouveaux contrats

L'article 5 vise donc à rétablir les articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20, tout en adaptant leur rédaction aux modifications législatives introduites par la loi HPST. Ainsi, les références aux dispositions n'ayant plus cours, principalement la signature des contrats par les URCAM, ont été supprimées.

Cependant, la rédaction adoptée au Sénat maintient une ambiguïté qu'il convient de lever.

En effet, il s'agit de sécuriser la rémunération des personnes qui adhèrent à titre individuel à un contrat de bonne pratique ou de santé publique déjà défini au niveau national. C'est le cas par exemple des médecins spécialistes participant à la permanence des soins en établissement, des médecins en zone de montagne, en station de sports d'hiver, en zone franche urbaine, en zone sensible, et des médecins thermalistes.

Or l'article 5, dans sa rédaction actuelle, autorise en fait la conclusion de nouveaux contrats collectifs qui ouvriraient droit à de nouvelles adhésions individuelles, sans régler le problème de la continuité des droits pour les médecins. Ajoutons qu'en l'absence actuelle de convention médicale, la conclusion de ces nouveaux contrats est rendue impossible. Le rétablissement des contrats tel qu'il est proposé par cette rédaction ne permet donc pas la transition avec les nouveaux contrats et ne répond pas à la demande des professionnels.

De plus, le rétablissement pérenne dans le code de la sécurité sociale de ces contrats ajouterait à la confusion d'un champ contractuel déjà foisonnant.

Votre rapporteure proposera donc une rédaction alternative, qui permettra aux outils contractuels prévus par la loi HPST de se développer pour se substituer aux contrats de santé publique et de bonne pratique, tout en sécurisant le paiement des professionnels dans le dispositif.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 210 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. L'article 5 vise à 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.

Dans l'attente de l'émergence de nouveaux outils contractuels, il importe que les professionnels de santé qui s'étaient engagés individuellement dans ces dispositifs puissent continuer d'exercer dans des conditions juridiques solides.

Cette rédaction permet de mieux assurer la continuité entre les anciens et les nouveaux contrats.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 5 est ainsi rédigé et les amendements AS 90 de Mme Jacqueline Fraysse et AS 118 de M. Dominique Tian n'ont plus d'objet.

Après l'article 5

La Commission examine les amendements identiques AS 66 de M. Jean-Luc Préal et AS 140 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Préal. Le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux, doit être conforme à un contrat type national négocié entre les partenaires conventionnels.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : lors de l'examen du projet de loi HPST, nous avons fait le choix de donner aux ARS des outils contractuels pour orienter l'activité, la répartition et les pratiques des professionnels, plus efficaces que les modes classiques de tutelle. Les ARS doivent conserver ces outils.

Pour autant, les partenaires conventionnels n'ont pas été dessaisis de cette question puisque ces outils sont inscrits au programme des discussions conventionnelles, qui débiteront le 7 avril.

La Commission rejette les amendements.

Article 6

(article L. 1111-3 du code de la santé publique)

Aménagement de l'obligation d'information sur le prix d'achat des prothèses dentaires

L'article 6 vise à revenir sur une disposition instaurée par l'article 57 de la loi HPST, qui prévoyait que lorsqu'un acte médical comprenait la pose d'un dispositif médical, le praticien devait détailler au patient son prix d'achat ainsi que le prix de toutes les prestations associées.

1. Le coût et la traçabilité des soins prothétiques : une demande légitime de transparence

Dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2010 ⁽¹⁾, la Cour des comptes a pointé le manque de transparence qui entoure les coûts des soins prothétiques dentaires.

La Cour note tout d'abord que les honoraires afférents aux soins prothétiques sont très variables. Ils dépendent de la qualité des matériaux, de la difficulté de la tâche ou encore de l'emplacement et de la notoriété du dentiste, ainsi que du niveau de prise en charge des coûts par les complémentaires, qui a tendance à tirer les prix vers le haut.

Les prix sont de manière générale largement supérieurs aux tarifs conventionnels, comme en témoigne le tableau ci-dessous ⁽²⁾.

Tarifs et remboursement des prothèses dentaires : quelques exemples

Prothèse dentaire	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé	Prix moyen du prothésiste	Prix moyen du praticien
Couronne	107,50 €	70 %	75,25 €	68 € (métallique) 115 € (céramique)	275 à 365 (métallique) 535 à 760 € (céramique)
Inlay-core	122,55 €	70 %	85,78 €	45 €	120 €
Inlay-core à clavette	144,05 €	70 %	100,83 €	64 €	335 €
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	64,50 €	70 %	45,15 €	/	/
Appareil dentaire (14 dents)	182,50 €	70 %	127,75 €	130 à 230 €	760 à 1 520 €
Bridge de trois éléments (deux dents piliers) + un élément intermédiaire pour remplacer une dent absente)	279,50 €	70 %	195,65 €	345 € (céramique)	1 600 à 2 290 (céramique)

Source : note du HCAAM sur les dispositifs médicaux de mai 2008.

Dans le même temps, le rapport fait état du développement des importations de prothèses fabriquées à l'étranger (Chine, Madagascar, Afrique du Nord, Europe de l'Est) qui s'explique par un différentiel de coût important. Le conseil de l'ordre et l'association dentaire française estiment que 15 % des prothèses posées en France seraient importées. L'Union nationale patronale des

(1) « Les soins dentaires », rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale, septembre 2010.

(2) Une étude récente, disponible sur le site mutuelle.com, révèle que le prix d'une couronne céramo-métallique peut varier du simple au double suivant les régions, passant de 428 euros dans certains départements à plus de 800 euros en région parisienne.

prothésistes dentaires évalue à 30 % la part de marché des importations « en volume ». Or ces importations ne semblent pas avoir d'effet sur les prix, ce qui « *accrédite l'hypothèse de hausses de marges chez les chirurgiens dentistes* ». La Cour des comptes évalue cette « rente » à 160 millions d'euros au total.

Surtout, la majorité des patients ignorent la provenance des prothèses qui sont utilisées. Aucune traçabilité des dispositifs médicaux n'est assurée.

La Cour préconise donc d'améliorer la transparence des tarifs pratiqués, en obligeant les praticiens à remettre au patient un devis détaillé, permettant l'individualisation du prix de la fourniture du matériel prothétique, ou de fixer des plafonds voire des tarifs opposables.

La loi HPST a retenu la première option, en mettant en place un dispositif spécifique d'information des patients et en prévoyant la traçabilité des prothèses.

2. Le dispositif mis en place par la loi HPST : l'obligation pour tout praticien de détailler le prix d'achat de chaque élément d'appareillage et de préciser l'origine de sa fabrication

L'article 57 de la loi HPST, adopté à l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, visait à répondre au problème de la transparence des coûts des soins prothétiques.

Il a pour cela modifié l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, qui fixe l'obligation pour tout praticien d'informer chaque patient, avant l'exécution d'un acte, de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Cet article a été complété afin de prévoir que « *lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical, l'information écrite délivrée gratuitement au patient par les professionnels de santé d'exercice libéral comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées* ».

Pour mémoire, l'ordonnance du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux ⁽¹⁾ est venue modifier la rédaction initiale de l'article 57, en supprimant l'obligation de présenter au patient une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical.

Enfin, le décret d'application de l'article 57 de la loi HPST n'a à ce jour pas été publié. Votre rapporteure a d'ailleurs alerté le ministre sur ce point dans une question écrite du 15 mars 2011 ⁽²⁾ restée sans réponse.

(1) Ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux.

(2) Question écrite n° 102426 de Mme Valérie Boyer au ministre du travail, de l'emploi et de la santé, publiée au JO le 15 mars 2011.

3. Les modifications adoptées au Sénat

L'article 6 de la présente proposition de loi, dans sa rédaction initiale, apportait deux modifications principales au dispositif instauré par la loi HPST, en supprimant l'obligation pour tout praticien de détailler le prix de chaque élément de l'appareillage et en remplaçant l'obligation de faire figurer le « prix d'achat » par l'obligation de faire figurer le « coût » des matériels.

Pour mémoire, la commission des affaires sociales du Sénat, à l'initiative du rapporteur, a supprimé cet article. M. Alain Milon a en effet considéré qu'une meilleure information des patients ne pouvait avoir que des effets positifs. Il a ajouté que la prétendue « complexité » du dispositif actuel était le fruit de la carence du pouvoir réglementaire. En effet, l'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que le praticien doit fournir un devis et une copie de la facture des fournitures et prestations au patient, n'a jamais été appliqué, car les arrêtés relatifs au contenu des documents à fournir n'ont jamais été publiés.

Cependant, l'article 6 a été rétabli en séance, par l'adoption d'un amendement de M. Barbier, contre l'avis de la commission et avec l'avis favorable du Gouvernement, dans une rédaction de compromis.

La nouvelle rédaction prévoit donc que le praticien devra fournir une information écrite gratuite, avant l'acte médical, qui comprendra :

- le « prix de vente » du dispositif médical et des prestations associées, et non plus le « prix d'achat » détaillé de chaque élément du dispositif.
- le tarif de responsabilité correspondant ;
- le cas échéant, le montant des dépassements facturés.

On peut concevoir qu'il est difficile de distinguer le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage de certains dispositifs médicaux, tels que les orthèses ou les ortoprothèses. Votre rapporteure ne reviendra pas sur ce point.

En revanche, faire référence au « prix de vente » et non plus au « prix d'achat » du dispositif médical est plus discutable. Les associations de consommateurs, mais aussi les syndicats de prothésistes, rencontrés par la rapporteure, ont insisté sur le fait que la notion de « prix de vente » est laissée à la libre appréciation du praticien, alors que le « prix d'achat » correspond au montant facturé par le prothésiste. Ils ont ainsi regretté que les sénateurs soient « *revenus sur l'exigence de transparence qu'ils avaient eux-mêmes instaurée en 2009* ».

Par ailleurs, la nouvelle rédaction exclut toute information relative à la fabrication du dispositif médical. Or ce type d'information permettrait de faire jouer la concurrence, le cas échéant, de réduire la rente liée aux importations de matériel à bas coût et par conséquent de réduire le prix déjà élevé des soins

prothétiques pour les patients. Mais surtout, il garantit la sécurité du patient. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

La transparence ne pourra avoir que des conséquences positives, pour les patients comme pour les professionnels de santé, qui ne souhaitent pas être soupçonnés de tirer des profits indus de l'importation de prothèses. En conséquence, la rapporteure proposera une disposition de compromis, qui assure la traçabilité des prothèses, une information suffisante du patient sur les prix, sans pour autant stigmatiser une profession ou la soumettre à des obligations excessives.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 99 de M. Guy Malherbe, tendant à supprimer l'article.

M. Guy Malherbe. Il s'agit de revenir aux dispositions de la loi HPST.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : les patients veulent connaître la provenance des dispositifs médicaux et nous avons le devoir d'assurer la transparence dans ce domaine. Or, la disposition que l'amendement tend à rétablir ne fait pas mention de la traçabilité de ces produits.

S'agissant des prix, il faut également en améliorer la transparence ; nous savons que la sous-cotation des actes conservateurs entraîne une hausse des prix des soins prothétiques. Par ailleurs, l'Ordre des dentistes et les syndicats que nous avons rencontrés ont indiqué qu'il était difficile pour un chirurgien-dentiste d'évaluer le prix d'une prothèse réalisée par ses soins ou par un prothésiste employé à son cabinet.

L'amendement AS 211 répond à ces différentes préoccupations. Je pense que nous sommes parvenus à un compromis satisfaisant.

M. Christian Paul. S'il convient de garantir la traçabilité des appareillages, il nous faut aussi assurer la transparence dans le domaine de la formation des prix, notamment pour les appareils d'importation. C'est ce que prévoit l'amendement AS 148, que présentera Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Michèle Delaunay. C'est en matière de prothèse dentaire que l'on observe le plus fort taux de renoncement aux soins. Les prix varient considérablement d'un prothésiste à l'autre ou d'un chirurgien-dentiste à l'autre, jusqu'à devenir dissuasifs, notamment pour les personnes âgées. Nous devons exiger des praticiens qu'ils fournissent à leurs patients une information sur le prix des prothèses ou de leur réparation, et sur le prothésiste chargé de les fabriquer. Cela permettrait aux patients de comparer et, éventuellement, de demander à leur chirurgien-dentiste de se fournir auprès d'un autre prothésiste.

M. Guy Malherbe. Dix ans avant la loi HPST, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait inscrit dans le code de la sécurité sociale un dispositif prévoyant que les médecins et les chirurgiens-dentistes, lorsqu'ils font appel à un fournisseur ou à un prestataire de services, délivrent au patient une copie de la facture correspondante. L'arrêté n'ayant jamais été pris, cette solution simple n'a pu être mise en œuvre.

La Commission rejette l'amendement AS 99.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS 211 de la rapporteure et l'amendement AS 148 de M. Christian Paul, ainsi que les amendements AS 28, AS 29, AS 30 et AS 31 de M. Jean-Luc Prével, et l'amendement AS 109 de M. Yves Bur.

Mme la rapporteure. L'amendement AS 211 répond à toutes les questions qui viennent d'être soulevées. S'il venait à être adopté, je proposerai à Guy Malherbe d'en être signataire.

Cet amendement prévoit d'ajouter à la rédaction issue du Sénat, – prévoyant l'information gratuite du patient sur le prix de vente de l'appareillage et des prestations associées, une information sur le prix de la prothèse, dissociée de celle concernant la prestation du professionnel – une information relative à la provenance du dispositif médical utilisé ; la remise au patient, après l'exécution de l'acte, d'une copie de la facture du dispositif médical utilisé, ainsi que le prévoit le code de la sécurité sociale.

M. Yves Bur. Cette question récurrente oppose depuis vingt ans prothésistes et chirurgiens-dentistes, les premiers estimant trop important le différentiel entre le coût de fabrication et le coût de réalisation. Je rappelle que les chirurgiens-dentistes ont été la première profession à garantir la transparence, puisqu'ils délivrent depuis plus de vingt ans des devis avant l'exécution de l'acte.

Il est essentiel de mettre en place une véritable traçabilité, garantissant la sécurité sanitaire pour des produits destinés à être portés en bouche en permanence. L'information, notamment sur les alliages, doit être claire et transparente.

Par ailleurs, il convient de mettre fin aux doutes qui peuvent subsister sur le lieu de fabrication. La prothèse a-t-elle été fabriquée en France, dans un autre pays de l'Union européenne, ou sous-traitée à l'extérieur de l'Union ? Plus que le prix, c'est l'origine du produit qui intéresse le patient et le rassure sur sa qualité.

M. Rémi Delatte. La loi HPST visait à garantir non seulement la traçabilité, sur laquelle nous sommes tous d'accord, mais aussi la transparence. Les devis pour les prothèses dentaires ne sont pas toujours faciles à établir, monsieur Bur, car le prix peut varier sensiblement selon le poids ou la nature des matériaux utilisés. Afficher le prix d'achat de la prothèse n'est pas difficile, et cela permettrait davantage de transparence.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'amendement AS 211 répond à ces exigences.

Mme Michèle Delaunay et M. Christian Paul. Non !

Mme la rapporteure. La traçabilité, qui doit être assurée pour les prothèses dentaires comme pour les autres prothèses, constitue le socle sur lequel nous ne pouvons transiger, car c'est un enjeu majeur de sécurité sanitaire. La Commission doit donc voter l'amendement AS 211.

Quant au débat sur le prix, c'est autre chose. L'amendement prévoit, je le rappelle, qu'un devis détaillé et une facture seront respectivement présentés avant et après l'acte.

M. Christian Paul. Beaucoup de patients retardent leurs soins à cause du coût des prothèses : pour faire baisser les prix, une meilleure transparence doit être assurée en amont. L'amendement de Mme la rapporteure me semble insuffisant car il ne prévoit aucune obligation de faire figurer le prix d'achat de la prothèse dans le devis initial ; or c'est en ce domaine que sont souvent réalisées d'importantes marges tarifaires. Peut-être Mme la rapporteure pourrait-elle sous-amender son amendement ?

M. Jean-Luc Prétel. Aux termes de la loi HPST, le praticien doit préciser le prix d'achat de la prothèse et en garantir la traçabilité ; mais cette disposition n'a pas été appliquée car les syndicats de praticiens s'y sont opposés. La Cour des comptes a indiqué, à l'automne, que la situation n'était pas satisfaisante, et les associations de prothésistes et de consommateurs souhaitent que nous la réglions. Je rappelle cependant que, si les praticiens se rémunèrent sur les prothèses, c'est d'abord parce que les soins sont mal rémunérés.

Par ailleurs, les prothésistes français sont concurrencés par des fabrications étrangères mal contrôlées – de Chine ou de Madagascar, entre autres. C'est pourquoi la traçabilité est essentielle, de même que la mention du prix d'achat. Dans cette optique, je tiens tout particulièrement à l'amendement AS 30, car il prévoit d'obliger les praticiens à fournir aux patients la photocopie du bon de livraison : cette solution, très simple, réglerait tous les problèmes.

M. Guy Lefrand. Si j'ai bien compris, l'amendement AS 211 prévoit que les prix de vente et d'achat doivent être respectivement précisés avant et après l'acte. Mais quelle sera la réaction du patient découvrant que le praticien a facturé une prothèse au quadruple de son prix d'achat ?

J'ajoute que, les filières organisées et les sociétés écrans n'étant pas rares sur ce marché, on ne connaîtra jamais le prix d'achat réel.

Mme la rapporteure. C'est vrai pour toutes les prothèses.

M. Guy Malherbe. Si la traçabilité est indispensable, la transparence des prix doit aussi être assurée. Dans ma circonscription, le réseau Appolline travaille auprès des nombreuses personnes âgées qui, pour des raisons financières, ne peuvent accéder aux soins prothétiques : c'est là un problème que nous devons régler.

De même, une émission économique télévisée a récemment montré les différents circuits de fabrication des prothèses, en France et au Maroc. Il n'est pas normal que les clients n'aient pas accès à l'information sur l'origine ou sur les coûts.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous sommes tous d'accord sur la traçabilité. Faut-il aussi légiférer sur la transparence du prix d'achat, compte tenu des problèmes dont parlait Guy Lefrand ? La question reste posée.

Mme Martine Billard. Les différences de prix, parfois considérables, ne tiennent pas seulement à la provenance des prothèses, mais aussi aux tarifs des praticiens. Les patients doivent donc être mieux informés afin de faire jouer la concurrence ; sans quoi ils resteront « captifs », et les mutuelles devront prendre en charge une partie des surcoûts, sans parler de la répartition des bénéfices entre dentistes et prothésistes.

M. Jean-Pierre Door. La traçabilité et la sécurité sanitaire doivent être assurées. Quant au prix d'achat, les prothèses importées d'Inde ou du Nigeria sont moins coûteuses. Je crains donc que la mesure ne mette en difficulté les prothésistes français.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'indication du prix d'achat ne présente pas que des avantages : il faut trouver un juste équilibre.

Mme la rapporteure. Les professionnels de santé approuvent la rédaction de l'amendement AS 211, et nous avons aussi beaucoup discuté, monsieur Christian Paul, avec les associations de consommateurs. Aucun professionnel de santé ne donne le prix d'achat : le coût est toujours prévisionnel. S'il convient d'informer les patients avant l'acte, évitons les dispositions inapplicables ! Un devis détaillé, suivi d'une facture après l'acte, garantit la transparence souhaitée. J'ajoute que l'amendement de M. Christian Paul ne répond pas à la question de la traçabilité.

La Commission adopte l'amendement AS 211 de la rapporteure et de M. Guy Malherbe.

En conséquence, les amendements AS 148, AS 28, AS 29, AS 30, AS 31 et AS 109 n'ont plus d'objet.

La Commission adopte l'article 6 ainsi modifié.

Après l'article 6

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 6.

Elle examine d'abord l'amendement AS 145 de M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Cet amendement vise à renforcer l'obligation, pour le professionnel, d'informer le patient, par écrit et au préalable, sur le tarif des actes, le montant et la nature du dépassement facturé. Une telle transparence permettrait au patient de s'assurer du montant exact des soins dont il va bénéficier.

Nous sommes plus soucieux de garantir la qualité des soins et l'information des patients que d'assurer des rentes artificielles à des professionnels, quel que soit le respect que nous leur devons.

M. Jean-Pierre Door. L'expression « rente artificielle » est fort mal venue de la part d'un élu de la nation. Les professionnels de santé sont, dans leur grande majorité, des personnes responsables, qui, de surcroît, ont suivi de longues études.

Les praticiens sont déjà obligés d'afficher leurs tarifs dans leur cabinet, monsieur Paul ; les directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes peuvent d'ailleurs procéder à des contrôles. Votre amendement n'a donc pas lieu d'être.

Mme la rapporteure. Les arguments de M. Door sont excellents : avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Article 6 bis (nouveau)

(articles L. 4393-8 à 4393-14 [nouveaux] et article L. 4394-4 [nouveau] du code de la santé publique)

Reconnaissance de la profession d'assistant dentaire

Cet article vise à inscrire la profession d'assistant dentaire dans le code de la santé publique, en introduisant un nouveau chapitre III *bis* au titre IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, consacrée aux professions de santé.

Les assistants dentaires sont des collaborateurs des chirurgiens-dentistes : ils assistent le praticien pendant les soins, préparent les instruments et produits nécessaires, et assurent la pré-désinfection, le nettoyage et la stérilisation des instruments. En pratique, les assistants dentaires sont souvent chargés aussi de l'accueil des patients, de leur information sur la prise en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires, de la gestion des rendez-vous et de tâches administratives diverses (préparation et mise à jour des dossiers des

patients, commandes de matériel, relations avec le laboratoire de prothèse, *etc.*). Dans certains cas, et selon leur niveau de compétence, des fonctions médicales leur sont confiées comme le conseil aux patients en matière d'hygiène et de prévention, voire certains actes, préventifs notamment, ne nécessitant pas la technicité d'un chirurgien-dentiste.

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

Il s'agit tout d'abord de reconnaître les assistants dentaires comme de véritables professionnels de santé. Cette intégration dans la chaîne du soin ouvrirait ainsi la voie à l'élévation de leur niveau de formation ainsi qu'à un élargissement de leurs compétences.

Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale paru en septembre 2010 rappelle en effet tout l'intérêt qu'il y aurait – en particulier du point de vue de l'hygiène et de la stérilisation, ainsi que de la prévention – à relever le niveau de formation de cette profession et à leur confier d'avantage de tâches.

Le rapport récent de l'IGAS ⁽¹⁾ sur les assistants dentaires préconise également la reconnaissance de cette profession par le code de la santé publique.

Par ailleurs, l'inscription dans le code de la santé publique des assistants dentaires permettra aux services hospitaliers d'odontologie de les employer dans un cadre juridique sécurisé. Actuellement, les établissements de santé ont en effet recours à des aides-soignantes ou des infirmières que leur formation n'a pas toujours préparées à cette fonction, ce qui n'est pas satisfaisant.

Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, reçu par la rapporteure, s'est déclaré favorable à cette proposition.

*

La Commission est saisie de deux amendements identiques, AS 212 de la rapporteure et AS 91 de M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Ces amendements concernent la reconnaissance de la profession d'assistant dentaire, dont je n'ai pas besoin de rappeler le rôle essentiel, qu'il s'agisse des soins et de leur aspect technique ou des tâches administratives. Le statut des assistants dentaires est ignoré des services publics d'odontologie, qui, pour les remplacer, font parfois appel à des infirmières. Je rappelle que la Cour des comptes a préconisé une meilleure formation de ces personnels, en y consacrant deux pages d'un rapport de 2010 ; en outre, dans certaines unités de

(1) *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, « Concertation et propositions sur une éventuelle introduction de la profession d'assistant dentaire dans le code de la santé publique », M. Gilles DUHAMEL, 2010.*

consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ils sont chargés d'établir ce qu'il est convenu d'appeler un « diagnostic précoce ».

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Avant de reconnaître cette profession, il faudrait que nous ayons davantage de détails sur la formation actuelle et son contenu.

M. Élie Aboud. La formation est déjà définie, mais ne peut être délivrée car la profession n'est pas reconnue : c'est un cercle vicieux.

Mme Catherine Lemorton. Les assistants dentaires sont-ils assimilables à des auxiliaires médicaux ? Si j'approuve ces amendements dans leur principe, je crains un maquis des formations, dans leur nature et dans leur coût. Jacques Domergue et moi avons pu constater de tels travers à l'occasion de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le contenu des formations est une autre question, sur laquelle nous pourrions interroger le Gouvernement.

La Commission adopte les amendements identiques AS 212 et AS 91.

Article 6 ter (nouveau)

Rapport sur la promotion de l'aide à la complémentaire santé

Cet article, adopté par la Commission avec l'avis favorable de la rapporteure, prévoit la remise d'un rapport par le Gouvernement au Parlement sur la promotion de l'aide à la complémentaire. Certes, le rapport d'activité du Fonds CMU regroupe les données relatives à la CMU complémentaire (couverture universelle du risque maladie) et à l'aide complémentaire santé. Mais cette dernière partie est trop peu développée. Il convient de mieux éclairer la représentation nationale sur ce problème majeur.

*

La Commission examine l'amendement AS 18 de M. Paul Jeanneteau.

M. Paul Jeanneteau. Je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport relatif à la promotion de l'aide à la complémentaire santé un an après la promulgation du présent texte. Il faut trouver les moyens de mieux faire connaître cette aide aux personnes concernées, d'autant que l'État y consacre des sommes importantes.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est normal que le Gouvernement rende compte au Parlement de l'application de cette mesure ; le rapport dont il est question pourrait d'ailleurs se limiter à cinq pages.

Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement AS 18.

Article 7

(article L. 6323-1 du code de la santé publique)

**Suspension ou fermeture des centres de santé
par le directeur général de l'ARS**

L'article 7 de la proposition de loi tend à permettre au directeur général de l'agence régionale de santé de procéder à la suspension ou à la fermeture d'un centre de santé dans des conditions déterminées par décret.

1. Les centres de santé ont été confortés par la loi HPST

Les centres de santé offrent une gamme étendue de soins ambulatoires (médecine générale ou spécialisée, soins dentaires, soins infirmiers) aux tarifs conventionnés de secteur 1 ou à des tarifs maîtrisés, et pratiquent le tiers payant. Ces centres de santé sont aujourd'hui environ 2 161 répartis sur tout le territoire, y compris les départements d'outre-mer, et ce sont plus de 5 millions de patients qui sont pris en charge au sein de ces centres.

La loi HPST est venue conforter ce dispositif en apportant certaines modifications à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique :

- il est fait obligation aux centres de santé d'élaborer un projet médical ;
- il est prévu qu'ils pourront être créés par des établissements de santé à but lucratif, alors qu'ils ne peuvent actuellement l'être que par des organismes à but non lucratif ou par des collectivités territoriales, cette innovation étant imposée par la législation communautaire au nom de la liberté de la concurrence ;
- est enfin supprimé l'agrément de l'autorité administrative auquel ils étaient soumis, qui est remplacé par l'exigence du respect de conditions techniques de fonctionnement définies par décret.

Le décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé est venu préciser ces conditions techniques, l'arrêté du 30 juillet 2010 venant ensuite préciser le contenu du projet de santé et du règlement intérieur.

Il est en particulier précisé dans cet arrêté que le projet de santé et le règlement intérieur du centre de santé sont « portés à la connaissance du directeur général de l'ARS » qui « en accuse réception ». Ce rôle des directeurs généraux d'ARS qui semble cohérent avec le rôle dévolu aux ARS dans le domaine de la planification sanitaire n'est néanmoins pas prévu par la loi si ce n'est indirectement, via le schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

2. Donner une base légale au pouvoir de suspension et de fermeture du directeur général d'ARS

Le décret précité a introduit, dans la partie réglementaire du code de la santé publique, un article D. 6323-10 permettant au directeur général de l'ARS, lorsqu'il constate que les conditions de fonctionnement du centre de santé ne permettent pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins, de demander au directeur du centre de lui faire connaître ses observations et les mesures qu'il envisage de prendre. Si cette demande reste sans effet, il peut lui enjoindre de prendre les dispositions nécessaires dans un certain délai, puis en constater l'exécution. Ce décret ne lui donne cependant pas de moyens très efficaces en cas d'inertie persistante du directeur du centre.

C'est pourquoi la proposition de loi initiale proposait de donner, dans des conditions fixées par décret, au directeur général de l'ARS la possibilité de suspendre l'activité du centre, voire de le fermer.

La commission des affaires sociales du Sénat a souhaité préciser dans la loi les conditions d'intervention de l'ARS mais aussi permettre au directeur général de suspendre l'activité des centres en cas de danger immédiat pour la sécurité des patients et enfin, de conditionner la reprise de l'activité à la mise en conformité du centre avec les exigences de qualité et de sécurité des soins.

L'article 7 a été adopté sans modification par le Sénat en séance publique.

*

La Commission adopte l'article 7 sans modification.

Article 7 bis

(articles L. 132-3-3 et L. 111-9-2 du code des juridictions financières)

Champs de compétence des commissaires aux comptes et de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements publics de santé

Cet article résulte de l'adoption, avec avis défavorable du rapporteur mais avis favorable du Gouvernement, d'un amendement présenté lors de la séance publique du Sénat du 9 mars 2011 par Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales, qui vise à préciser les champs de compétence respectifs des commissaires aux comptes et de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements publics de santé.

1. Les comptes de certains établissements publics de santé doivent être certifiés à compter de 2015

Dans le prolongement de la recommandation n° 23 du rapport n° 2007-164P de l'Inspection générale des affaires sociales sur le contrôle des mesures prises

dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la tarification à l'activité (TAA) (janvier 2008) qui préconisait déjà de mettre en place progressivement une certification comptable des hôpitaux, le rapport d'avril 2008 de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher a souligné la nécessité de certifier les comptes des hôpitaux pour plus de transparence et de responsabilisation.

La préoccupation de disposer d'une comptabilité fiable, conforme à des référentiels comptables, et sincère avait déjà conduit à certifier les comptes de l'État ⁽¹⁾ et des universités ⁽²⁾.

Sur la base de ces rapports soulignant que la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) n'avait pas mis fin dans les établissements publics de santé aux procédures comptables irrégulières déjà relevées par la Cour des comptes en 2004 et 2005, le législateur a souhaité étendre le principe de la certification aux comptes des établissements publics de santé mais s'est heurté à deux reprises à une censure, totale ou partielle, du dispositif prévu à cet effet.

En effet, dans sa décision n° 2008-571 DC du 11 décembre 2008, le Conseil constitutionnel a censuré l'article 56 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 rendant obligatoire la certification des comptes de certains établissements publics de santé en considérant que cette disposition n'avait pas d'effet ou avait un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et que, par suite, elle ne trouvait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Par la suite, le Conseil constitutionnel a de nouveau, dans sa décision n° 2009-584-DC du 16 juillet 2009, censuré partiellement l'article 17 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, dite « HPST », qui prévoyait que « *les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés* » et que « *les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes, sont coordonnées par cette dernière et fixées par voie réglementaire* ». Le Conseil constitutionnel a en effet considéré qu'« *en conférant à la Cour des comptes le pouvoir de coordonner les modalités de certification par les commissaires aux comptes, sans fixer l'étendue et les limites de ce pouvoir, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence* » et que « *par suite, les mots « coordonnées par cette dernière et » doivent être déclarés contraires à la Constitution* ».

(1) En application de l'article 27 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), « les comptes de l'État doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de son patrimoine et de sa situation financière ». Le législateur a prévu une certification annuelle des comptes de l'État, assurée par la Cour des Comptes. Celle-ci a rendu pour la première fois son opinion sur la certification des comptes de l'État le 29 mai 2007.

(2) En application de l'article 18 de la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et aux responsabilités des universités (art. L712-9 du code de l'éducation), les comptes de l'université font l'objet d'une certification annuelle par un commissaire aux comptes.

Aux termes de la rédaction actuelle du nouvel article L. 6145-16 du code de la santé publique introduit par l'article 17 précité de la loi HPST, « *les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés* », « *les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes sont fixées par voie réglementaire* » et ces dispositions s'appliquent « *au plus tard au compte du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi* », c'est-à-dire au plus tard aux comptes 2014 qui donneront lieu à certification obligatoire en 2015.

Il convient de souligner que le rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la mise en application 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, présenté par MM. Christian Paul et Jean-Marie Rolland, indique que les deux décrets d'application de l'article 17, relatif à la certification des comptes des établissements publics de santé, sont actuellement en attente de publication et que le cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé a assuré les rapporteurs de la publication prochaine de ces textes.

2. La proposition de loi précise le champ de compétence respectif des commissaires aux comptes et de la Cour des comptes en matière de certification

Afin de rendre opérationnel le dispositif prévu à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il importe donc, avant 2015, de préciser le champ de compétence respectif des commissaires aux comptes et de la Cour des comptes ainsi que les procédures communes à leurs interventions.

Si l'Assemblée nationale a adopté le 15 septembre 2010, lors de l'examen du projet de loi portant réforme des juridictions financières par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, deux amendements identiques présentés par M. Jean-Luc Warsmann, rapporteur, et M. Michel Bouvard, rapporteur de la commission des finances saisie pour avis, visant à mettre en œuvre la disposition de l'article 17 de la loi HPST relative à la certification des comptes des établissements publics de santé, ce texte n'a pas encore été inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale.

L'article 7 *bis* de la présente proposition reprend à l'identique la rédaction adoptée en septembre 2010 par la commission des lois de l'Assemblée nationale dans le cadre de l'examen du projet de loi portant réforme des juridictions financières.

Le I insère un nouvel article L. 132-3-3 dans le chapitre II (« *Relations avec le Parlement* ») du titre III (« *Compétences et attributions* ») du livre I^{er} (« *La Cour des comptes* ») du code des juridictions financières.

L'alinéa 1^{er} de ce nouvel article L. 132-3-3 du code des juridictions financières donne compétence à la Cour des comptes pour certifier la régularité, la

sincérité et la fidélité des comptes de ceux des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, c'est-à-dire les centres hospitaliers régionaux, qui sont des centres hospitaliers ayant une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret, dont les recettes d'exploitation du compte principal pour l'année 2009 sont supérieures à 700 millions d'euros.

Il convient de rappeler que la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 a introduit dans la Constitution un nouvel article 47-2 qui dispose, dans son second alinéa, que « *les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière* », étendant, au-delà des comptes de l'État, les dispositions de l'article 27 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances qui impose la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes de celui-ci. C'est sur le fondement de cette disposition constitutionnelle que le législateur a, dans la loi HPST, prévu, sous certaines conditions, la certification des comptes des établissements publics de santé.

L'alinéa 1^{er} de ce nouvel article L. 132-3-3 du code des juridictions financières consolide ainsi la compétence de la Cour des comptes en matière de certification des comptes de certains centres hospitaliers régionaux.

Sachant que la certification des comptes relève d'une activité de service au sens de la directive 2004/18/CE du 31 mars 2004 relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services et du décret n° 2006-975 du 1^{er} août 2006 portant code des marchés publics, la fixation d'un seuil financier de 700 millions d'euros relatif aux produits d'exploitation annuels vise à assurer le respect du droit européen et spécialement de l'article 56 du Traité sur l'Union européenne qui pose le principe de l'interdiction des restrictions à la liberté de prestations de service.

L'article 18 de la directive 2004/18/CE précitée prévoit en effet la possibilité, sans porter atteinte au droit européen, que la Cour des comptes dispose d'un « droit exclusif »⁽¹⁾ de certification d'un nombre restreint d'établissements publics de santé. Ce droit exclusif se définit, pour la Cour des comptes, comme le droit de se voir confier par un établissement public de santé, pouvoir adjudicateur, directement, c'est-à-dire sans formalités de publicité ou de mise en concurrence, une prestation de services de certification de ses comptes.

Le respect du droit européen nécessite d'asseoir ce « droit exclusif » sur une disposition explicite. Celui-ci ne peut en effet être accordé qu'à un organisme déterminé pour l'accomplissement d'une mission d'intérêt économique général

(1) Article 18, *Marchés de services attribués sur la base d'un droit exclusif* : « La présente directive ne s'applique pas aux marchés publics de services attribués par un pouvoir adjudicateur à un autre pouvoir adjudicateur ou à une association de pouvoirs adjudicateurs sur la base d'un droit exclusif dont ceux-ci bénéficient en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives publiées, à condition que ces dispositions soient compatibles avec le traité ».

qui justifie l'exclusion ou la restriction de concurrence sur le marché de service de la certification des comptes. Il doit en outre résulter d'un texte qui, l'attribuant, définit à la fois la mission d'intérêt général qui est confiée au cocontractant et les obligations qui lui sont imposées.

D'après les éléments d'information recueillis, la fixation, s'agissant de la compétence de la Cour des comptes, d'un seuil à 700 millions d'euros de recettes d'exploitation limiterait concrètement le nombre de centres hospitaliers régionaux dont les comptes seraient certifiés par la Cour à 6 établissements : le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, le CHRU de Bordeaux, l'assistance publique (AP) de Marseille, les hospices civils de Lyon et l'AP des hôpitaux de Paris.

Ce seuil permet ainsi de s'assurer que la restriction apportée à la libre prestation des services ne méconnaît pas le Traité sur l'Union européenne et reste strictement nécessaire et proportionnée au regard de l'objectif d'intérêt général de sincérité des comptes fixé par le deuxième alinéa de l'article 47-2 de la Constitution. Il permet à la Cour des comptes de disposer d'un droit exclusif de certification des plus grands établissements publics de santé, sans mise en concurrence avec les commissaires aux comptes.

Par ailleurs, l'alinéa 1^{er} de ce nouvel article L. 132-3-3 du code des juridictions financières prévoit également que la Cour des comptes établit chaque année un rapport qui présente le compte rendu des certifications qu'elle a opérées sur ces centres hospitaliers régionaux les plus importants.

L'alinéa 2 de ce nouvel article L. 132-3-3 dispose que les rapports, réalisés par les commissaires aux comptes, de certification des comptes des établissements de santé soumis à la certification au titre de l'article L. 6145-16 mais qui échappent à la compétence exclusive de la Cour des comptes seront obligatoirement transmis à cette dernière dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État. La Cour des comptes sera ensuite chargée d'établir une synthèse de ces rapports de certification des comptes établis par les commissaires aux comptes qu'elle intégrera dans le rapport mentionné à l'alinéa 1^{er} présentant le compte rendu de ses propres vérifications.

L'alinéa 3 du nouvel article L. 132-3-3 rattache le dispositif de certification des comptes des établissements publics de santé au rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en disposant que le rapport annuel remis au Parlement et au Gouvernement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, prévu par le 1^o du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale et par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, comportera désormais un avis de la Cour des comptes sur la qualité de l'ensemble des comptes des établissements publics de santé soumis à certification. Cet avis se basera à la fois sur les propres rapports de certification de la Cour et sur ceux des commissaires aux comptes. Cet avis présentera l'intérêt d'éclairer

utilement le Parlement sur la qualité de l'ensemble des comptes des établissements publics de santé soumis à certification.

Le **II** de l'article 7 *bis* insère un nouvel article L. 111-9-2 dans le chapitre I^{er} (« Missions ») du Titre I^{er} (« Missions et organisation ») du Livre I^{er} (« La Cour des comptes ») du code des juridictions financières qui dispose, afin de permettre une bonne répartition de la charge de travail entre la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes, que la compétence de la Cour en matière de certification pourra être déléguée aux chambres régionales des comptes.

*

La Commission adopte l'amendement AS 191 de la rapporteure, d'ordre rédactionnel.

Elle examine ensuite l'amendement AS 117 de M. Dominique Tian.

M. Guy Malherbe. L'amendement propose d'élargir le champ d'intervention de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements publics de santé.

Mme la rapporteure. Le droit exclusif de certification de la Cour des comptes, s'agissant des établissements de santé, ne peut porter, aux termes du droit européen, sur une part excessive de la population concernée. S'il est clair qu'une proportion de 6 établissements sur 124 ou sur 143 n'est pas excessive, il n'en va pas de même pour 27 ou 31 sur 124 ou 143. Je suis donc obligée d'émettre un avis défavorable.

Notre objectif est que la Cour des comptes assure elle-même, conformément à l'article 47-2 de la Constitution, la certification des comptes d'un nombre significatif, mais pas excessif, d'établissements.

M. Guy Malherbe. Quelle est la nuance séparant le « significatif » de l'« excessif » ?

M. Dominique Tian. Je ne comprends guère ce que l'Europe vient faire dans ces sujets franco-français. En l'occurrence, les sommes en jeu – 700 millions d'euros – sont loin d'être négligeables. La Cour des comptes me semble être la plus à même de certifier la sincérité des comptes.

Mme la rapporteure. Le droit européen de la certification obéit au principe de concurrence. La Cour des comptes ne peut donc, je le répète, certifier les comptes d'un trop grand nombre d'établissements. Mon avis ne peut donc qu'être défavorable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il s'agit, selon le droit européen, d'éviter que les institutions publiques ne monopolisent le marché.

M. Yves Bur. Qui plus est, la Cour des comptes ne souhaite pas cet élargissement. En 2004, nous avons eu toutes les peines du monde à obtenir qu'elle contrôle la gestion des plus grands centres hospitaliers universitaires.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 7 bis modifié.

Après l'article 7 bis

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 7 bis.

Elle examine d'abord l'amendement AS 121 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement concerne l'externalisation des fonctions périphériques de l'offre de soins.

Mme la rapporteure. L'amendement est déjà satisfait : il n'est pas possible d'établir une liste exhaustive de ces différentes activités, d'autant que l'adverbe « notamment » figurant dans l'amendement est juridiquement fragile. L'article L. 6114-3 du code de la santé publique dispose déjà que les CPOM « des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion ».

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS 7 de M. Jean Leonetti.

Article 7 ter (nouveau)

(articles L. 6143-1, L. 6143-7 et L. 6145-7 du code de la santé publique)

Faculté donnée aux établissements publics de santé d'exercer des activités subsidiaires à leurs activités principales

Cet article, issu d'un amendement présenté par MM. Jean Léonetti et Yves Bur adopté contre l'avis de la rapporteure, vise à ouvrir la faculté pour les établissements publics de santé d'exercer des activités subsidiaires à leurs activités principales, qu'il s'agisse de la valorisation industrielle et commerciale des résultats de la recherche ou de la gestion du domaine privé des établissements publics de santé.

Il inscrit dans la loi la valorisation des activités de recherche des établissements publics de santé et la prise de participations et la création de filiales par ces établissements, prévoyant ainsi la transposition aux établissements publics de santé des mécanismes qui s'appliquent aux établissements publics industriels et commerciaux.

L'assouplissement et la modernisation des modes de gestion des établissements publics de santé sont indéniablement de nature à mieux assurer

l'efficacité et l'adaptation de ces établissements aux défis qu'ils doivent relever et à garantir par là même l'égalité des chances entre les établissements publics et privés.

Si l'article L. 6141-1 du code de la santé publique précise actuellement que l'objet des établissements publics de santé n'est ni industriel ni commercial, il convient toutefois de souligner que la valorisation de la recherche est d'ores et déjà rendue possible par le droit existant, au travers des fondations hospitalières par exemple. Par ailleurs, il existe d'ores et déjà, pour ce qui concerne le patrimoine, des formules permettant d'associer des partenaires publics et privés : baux emphytéotiques hospitaliers, contrats de partenariat et le risque de complexification du pilotage des établissements résultant de la création de nouvelles personnes morales ne doit pas être négligé.

L'inscription dans la loi de la valorisation industrielle et commerciale des résultats de la recherche ou de la gestion du domaine privé des établissements publics de santé peut apparaître prématurée dans la mesure où une mission de la Cour des Comptes, créée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, doit rendre ses conclusions au 1^{er} semestre 2011 sur la gestion du patrimoine privé des hôpitaux.

*

M. Yves Bur. La modernisation de la gestion hospitalière souhaitée par le législateur requiert des outils plus adaptés, qu'il s'agisse de la gouvernance et de la mise en œuvre d'actions de recherche médicale – et plus généralement de la valorisation industrielle et commerciale des résultats de la recherche –, ou de la gestion du domaine privé des établissements publics de santé, qui nécessite davantage de flexibilité.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : la Cour des comptes, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, doit rendre, au premier semestre, ses conclusions sur la gestion du patrimoine privé des hôpitaux. Il paraît raisonnable d'attendre ses conclusions avant d'aller plus loin dans une telle direction, sachant que l'amendement est déjà partiellement satisfait.

M. Pierre Morange. Le rapporteur de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), Jean Mallot, avait déjà préconisé un tel bilan patrimonial, exhaustif, du parc hospitalier français. Lors des auditions, nous avons été stupéfaits de constater l'ampleur du flou artistique, puisque l'on a parlé de quelques dizaines de milliards d'euros. L'exécutif nous ayant fait des réponses dilatoires, il est impératif de réaffirmer notre volonté politique sans attendre un énième rapport. La MECSS a une légitimité toute particulière en ce domaine.

M. Yves Bur. Nous nous plaignons souvent des rigidités des structures hospitalières. En l'occurrence, il s'agit de donner aux établissements des outils pour améliorer leurs performances, par exemple dans la gestion des brevets mis au

point dans les centres de recherche. Valoriser le patrimoine privé des hôpitaux leur donnerait des ressources supplémentaires dans le cadre de leur restructuration.

Mme la rapporteure. Ces développements, monsieur Morange, concernent l'amendement AS 119.

Quant à l'amendement AS 7, si j'en approuve l'objectif, j'y suis défavorable car il n'est pas souhaitable d'autoriser les établissements publics de santé à créer des filiales ou à prendre des participations.

Le droit existant offre déjà la possibilité de valoriser la recherche et le domaine privé des établissements publics de santé. Les fondations hospitalières répondent aussi à cet objectif.

Quant au patrimoine, des formules telles que les baux emphytéotiques hospitaliers ou les contrats de partenariat permettent d'associer des partenaires publics et privés. Faire appel à d'autres personnes morales risque de complexifier le pilotage des établissements. Reste qu'il faut effectivement clarifier la gestion du patrimoine.

La Commission adopte l'amendement AS 7.

Article 7 quater (nouveau)

(article L. 6143-7 du code de la santé publique)

**Établissement d'un bilan patrimonial annuel
pour les établissements publics de santé**

Cet article, issu d'un amendement présenté par M. Dominique Tian, vise à prévoir que le directeur d'un établissement public de santé présente obligatoirement au conseil de surveillance un bilan patrimonial annuel détaillé et réévalué chaque année.

L'exigence d'établir un bilan patrimonial pour les établissements publics de santé figure certes déjà de façon implicite dans notre droit.

En effet, l'article L. 6143 du code de la santé publique dispose que le directeur, après concertation avec le directoire, « arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ». Or, l'article R. 6145-45 du code de la santé public prévoit déjà que :

– le cadre de présentation du compte financier des établissements de santé est arrêté par les ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale ;

– et l'arrêté du 19 octobre 2006, relatif au compte financier des établissements publics de santé, détaille l'état E1 du compte financier des hôpitaux « Gestion patrimoniale et financière », qui comporte plusieurs rubriques, certes moins détaillées que celles applicables aux cliniques privées, relatives au

patrimoine des établissements (« immobilisations corporelles » : « terrains, constructions, installations techniques, ... »).

Néanmoins, le rapport d'information n° 2556 de juin 2010 « Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner » de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a souligné que le patrimoine immobilier des hôpitaux public n'est pas précisément connu mais qu'il serait d'une surface supérieure à celui de l'État et pourrait représenter plusieurs dizaines de milliards d'euros. Dans un objectif de gestion médico-économique plus active du patrimoine hospitalier, la MECSS préconisait d'établir un bilan patrimonial annuel précis et réévalué chaque année.

*

La commission examine à l'amendement AS 119 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement, qui correspond à une recommandation de la MECSS, toutes sensibilités confondues, a été exposé par M. Morange.

M. Jean Mallot. La préconisation du rapport de la MECSS est de bon sens : il est logique que le Conseil de surveillance ait connaissance de l'état du patrimoine immobilier de l'établissement, notamment dans le cadre du projet médical et de l'hôpital du futur.

M. Pierre Morange. L'amendement pourrait être cosigné par l'ensemble des membres de la MECSS et de la Commission des affaires sociales. Compte tenu de nos contraintes budgétaires, cette mesure est hautement stratégique : elle permettrait notamment de financer les engagements du Gouvernement pour le plan « Hôpital 2012 ».

Mme la rapporteure. Il existe déjà des possibilités, même si l'on peut aller plus loin et saluer, en ce sens, l'intention de cet amendement. L'article L. 6143 du code de la santé publique dispose que « le directeur, après concertation avec le directoire, arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ». Un autre article du même code prévoit que « les modalités et le cadre de présentation du compte financier » des établissements de santé « sont arrêtés par les ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale » ; par ailleurs, l'arrêté du 19 octobre 2006, relatif au compte financier des établissements publics de santé, détaille la « gestion patrimoniale et financière » des hôpitaux à travers plusieurs rubriques – certes moins détaillées que celles applicables aux cliniques privées –, comme les immobilisations corporelles, les terrains de construction ou les installations techniques.

Cela dit, je suis favorable à l'amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 119.

Après l'article 7 bis

Elle examine ensuite l'amendement AS 24 de M. Jean-Luc Prével portant article additionnel.

M. Jean-Luc Prével. Les établissements publics de santé ne disposent pas de dispositifs innovants d'intéressement financier de leurs personnels. Cet amendement tend à encourager l'intéressement des personnels, en précisant les modalités de cet intéressement.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement est inacceptable. À moins d'être de mauvaise foi, vous savez bien que ces établissements remplissent des missions de service public auprès de populations précaires. Comment parler de rendement ou de performance pour les patients, qui sont tous des cas singuliers ? On sait, de surcroît, que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), viennent de plus en plus souvent combler les « trous » des hôpitaux, et que le personnel hospitalier n'a plus les moyens d'assurer l'éducation thérapeutique dans de bonnes conditions.

La santé n'est pas une marchandise.

M. Jean-Pierre Door. La mesure, que je soutiens, était préconisée par le rapport Larcher. Je m'associe donc à l'amendement.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : la loi du 5 juillet 2010, relative à la rénovation du dialogue social, permet déjà de tels dispositifs d'intéressement. Elle dispose qu'« une prime d'intéressement tenant compte de la performance collective des services peut être attribuée aux agents titulaires et non titulaires des établissements mentionnés ».

Selon l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur, après concertation avec le directoire, définit les modalités d'une politique d'intéressement. Ces modalités relevant du domaine réglementaire, nous pourrions interroger le ministre sur l'état d'avancement des mesures d'application sur ce point.

Le rapport Larcher avait effectivement souligné l'intérêt de tels dispositifs, qui ont leur importance pour le dialogue social.

M. Jean Mallot. Hier, Jean Leonetti et moi-même sommes tombés d'accord pour dire que la tarification à l'activité est par nature inflationniste. Dans ces conditions, il faut tout particulièrement veiller à la pertinence des soins. Des mesures d'intéressement aussi directes exposent à des dérives catastrophiques : il ne faut donc surtout pas voter l'amendement.

La Commission rejette l'amendement AS 24.

Article 8

(article L. 162-45 du code de la sécurité sociale)

Pouvoir de décision des ARS en matière de prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie de dépenses des réseaux de santé

L'article 8 de la proposition de loi, supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat à l'initiative de son rapporteur, concernait les règles de **financement des réseaux de santé** par les crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Son objet était de donner compétence aux agences régionales de santé pour les décisions de financement au titre du FIQCS qui relèvent des fonds attribués à chaque région. Actuellement, en effet, ces décisions sont liées aux règles de gestion du comité national de gestion du fonds qui se prononce sur l'attribution de toutes les subventions, même quand elles sont d'un montant très faible.

La commission des affaires sociales a estimé urgent que s'engage une réflexion d'ensemble sur le financement des structures diverses impliquées dans la coordination de l'offre de soins, juge indispensable que les aides du FIQCS aux dépenses des réseaux de santé, qui représentent 83 % des aides totales financées par le fonds (en 2009), soient employées au mieux, et attribuées selon des critères cohérents d'une région à l'autre. Il est tout aussi indispensable que l'utilisation de ces aides - et leur utilité - soit évaluée de façon approfondie et homogène sur l'ensemble du territoire national.

Elle a néanmoins souligné que le comité national de gestion n'intervenait pas dans l'octroi des aides régionales, et que la mesure proposée ne se traduirait donc pas par une plus grande facilité d'attribution des crédits. Elle risquerait simplement de nuire à l'efficacité de leur emploi.

En attendant que cette réflexion d'ensemble soit engagée, la commission a donc estimé qu'il n'y avait « *aucune urgence à modifier l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, d'autant moins que cette modification risquerait d'aller dans le sens d'un « saupoudrage » des aides* ».

Le Sénat n'a été saisi d'aucun amendement visant à rétablir cet article en séance.

*

La Commission maintient la suppression de l'article 8.

La Commission est saisie d'une série d'amendements portant articles additionnels avant l'article 9.

Article 9 A (nouveau)

(article L. 6143-5 du code de la santé publique)

**Participation du Directeur de la caisse d'assurance maladie
aux séances du Conseil de surveillance des hôpitaux**

Cet article, issu d'un amendement présenté par M. Paul Jeanneteau, prévoit que le directeur de la caisse pivot d'assurance maladie peut se faire représenter au conseil de surveillance d'un établissement public de santé.

L'article L. 6143-5 du code de la santé publique, relatif à la composition du conseil de surveillance, prévoit déjà explicitement que le maire de la commune siège de l'établissement principal et le président du conseil général, qui sont membres de droit, peuvent être remplacés par leurs représentants.

Il est donc logique, par parallélisme, d'étendre cette possibilité de représentation au directeur de la caisse d'assurance maladie.

*

Elle examine d'abord l'amendement AS 19 de M. Paul Jeanneteau.

M. Paul Jeanneteau. Il est matériellement impossible aux directeurs de caisses primaires d'assurance maladie d'assister à tous les conseils de surveillance des hôpitaux, comme le prévoit la loi HPST. Je propose qu'ils puissent s'y faire représenter.

Mme la rapporteure. Avis favorable, sous réserve de la suppression du dernier alinéa, car un décret en Conseil d'État serait une procédure bien trop lourde.

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.

Après l'article 8

Elle examine ensuite les amendements AS 70, AS 71 et AS 64 de M. Jean-Louis Prével portant articles additionnels.

Mme la rapporteure. Je rappelle que la présente proposition de loi ne concerne pas le titre I^{er} de la loi HPST, puisque l'on attend le rapport du comité chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, qui sera remis en juin. En conséquence, je propose à M. Prével de retirer ses amendements.

M. Jean-Luc Prével. Je sais bien que le ministre s'est engagé à consacrer un texte de loi aux établissements de santé, mais s'il faut attendre le rapport de MM. Fourcade et Door, cela ne pourra pas être fait avant l'élection présidentielle ! Autant profiter de ce texte, qui vise à toiletter la loi HPST, pour améliorer ce qui peut l'être.

Mme la rapporteure. Interrogez le ministre : suivant sa réponse, vous pourrez toujours déposer vos amendements au titre de l'article 88. En discuter aujourd'hui me paraît prématuré.

M. Jean-Luc Prél. Je retire mes amendements, mais je vous signale que les praticiens hospitaliers ne sont pas satisfaits de la situation actuelle.

Les amendements AS 70, AS 71, AS 64 et AS 139 sont retirés.

Article 9 B (nouveau)

(article 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986)

Coordination

Cet article, issu d'un amendement présenté par la rapporteure, vise à mettre en cohérence :

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

avec

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

*

La Commission adopte l'amendement de cohérence AS 192 de la rapporteure.

Article 9

(article L. 6141-7-3 du code de la santé publique)

Fondations hospitalières

L'article 9, supprimé par le Sénat dès l'examen en commission des affaires sociales, avait pour objet d'aménager le statut des fondations hospitalières créées par la loi HPST afin de mieux promouvoir la recherche clinique, de favoriser les partenariats publics/privés, de relancer la dynamique de recherche biomédicale, de promouvoir le financement privé de la recherche publique et d'adapter les fondations aux spécificités du monde hospitalier.

1. La loi HPST a créé un nouveau type de fondation : les fondations hospitalières

L'article 8 de la loi HPST a inséré dans le code de la santé publique un nouvel article L. 6141-7-3 instituant une nouvelle catégorie de fondations, les fondations hospitalières.

La création des fondations hospitalières poursuivait trois objectifs principaux :

– promouvoir et favoriser la recherche médicale en France au travers des établissements publics de santé, notamment en favorisant le transfert de crédits privés vers la recherche publique ;

– réduire et mieux contrôler les associations loi 1901 gravitant autour de la recherche publique au sein des établissements publics de santé ;

– proposer aux établissements publics de santé un outil adapté et pertinent visant à leur permettre de concourir aux missions de service public en matière de recherche, telles qu'elles sont définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

L'article L. 6141-7-3 dispose aujourd'hui que les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, que celles-ci sont dotées de la personnalité morale, qu'elles bénéficient de l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs afin de concourir à des missions de recherche et qu'elles disposent de l'autonomie financière.

Il précise également que les règles applicables aux fondations reconnues d'utilité publique (FRUP)⁽¹⁾, régies par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat et le décret du 11 mai 2007, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des quelques aménagements suivants, spécifiés à l'article L. 6141-7-3 :

– un décret en Conseil d'État détermine les règles de fonctionnement des fondations hospitalières et précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation ;

– les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalières sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.

(1) La reconnaissance d'utilité publique par l'État, accordée par décret en Conseil d'État et signé du Premier ministre et du ministre de l'Intérieur donne lieu, de droit, à des avantages conséquents en matière de fiscalité mais aussi la capacité permanente de recevoir des libéralités (legs ou donations) dès lors que celles-ci sont conformes à l'objet de la fondation.

2. L'article 9 de la proposition de loi visait à assouplir le statut des fondations hospitalières

L'article 9 de la présente proposition de loi a pour objet d'assouplir et d'adapter le statut des fondations hospitalières afin de prendre en compte les observations que la section sociale du Conseil d'État a émises à l'occasion de l'examen du projet de décret d'application de l'article 8 de la loi HPST qui n'a aujourd'hui toujours pas été publié.

En effet, le Conseil d'État a considéré que la rédaction actuelle de l'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique ne permettait pas aux fondations hospitalières de s'affranchir des règles applicables aux fondations reconnues d'utilité publique. Or, l'exposé des motifs de la présente proposition de loi indique que « *la procédure de création [des fondations d'utilité publique] est particulièrement complexe* » et que « *la gouvernance [des fondations d'utilité publique] est inadaptée au but recherché par les fondations hospitalières* ».

D'après les informations recueillies auprès du cabinet du ministre de la santé, la rédaction actuelle des dispositions législatives afférentes aux fondations hospitalières pose les problèmes opérationnels suivants :

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

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

– outil juridique dépourvu de pertinence ou de valeur ajoutée dans le paysage des fondations déjà existantes avec le risque que les établissements publics de santé optent soit pour des fondations moins complexes et moins lourdes à constituer, telles que les fondations de coopération scientifiques ⁽¹⁾, soit pour des fondations reconnues d'utilité publique *stricto sensu*.

En conséquence, l'article 9 modifie l'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique de façon à prévoir :

– l'approbation par décret, et non par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé, des statuts des fondations hospitalières ;

(1) *Issues de la loi de programme pour la recherche (LPR) du 18 avril 2006, codifiées aux articles L. 344-11 et suivants du code de la recherche, les fondations de coopération scientifique sont des structures juridiques destinées aux outils de coopération créés par la LPR : les pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES), les réseaux thématiques de recherche avancée (RTRA) et les centres thématiques de recherche et de soin (CTRS).*

– l’attribution aux fondateurs, c’est-à-dire les établissements publics de santé, de la majorité des sièges au conseil d’administration de la fondation, alors que pour les fondations reconnues d’utilité publique la composition du conseil d’administration comprend normalement un collège de membres fondateurs garantissant l’esprit de la fondation, un collège de membres cooptés choisis en raison de leur compétence dans le domaine d’action de la fondation et un collège de membres de droit, dont le ministre de l’intérieur ou son représentant, qui veillent à l’application des règles que la fondation s’est obligée à respecter par ses statuts ;

– l’existence d’un contrôle du directeur général de l’agence régionale de santé sur les fonds affectés à la fondation par l’établissement public de santé ;

– le renvoi à un décret en Conseil d’État des modalités d’application, en précisant que les règles de création et de fonctionnement des fondations hospitalières ainsi déterminées devront tenir compte de leur spécificité ; ce décret devra également définir les modalités du contrôle du directeur général de l’agence régionale de santé sur ces fondations, ainsi que les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l’activité de la fondation.

Le Sénat a toutefois décidé, dès le stade de l’examen en commission et à l’initiative de son rapporteur, de supprimer cet article 9 et de s’en tenir donc au texte en vigueur de la loi HPST.

En effet, il a fait valoir les inconvénients qu’il y aurait d’affranchir les fondations hospitalières des règles applicables aux fondations reconnues d’utilité publique et de créer en urgence une nouvelle catégorie de fondation à côté des catégories existantes, qu’il s’agisse des fondations reconnues d’utilité publique ou des fondations de coopération scientifique qui permettent déjà de créer des fondations dans le domaine de la recherche hospitalière. En particulier, la commission des affaires sociales a dénoncé le fait qu’« *attribuer la majorité des sièges du conseil d’administration de la fondation aux fondateurs représenterait une entorse très substantielle au droit des fondations et risquerait de provoquer des conflits d’intérêts* ».

Le Sénat a également appelé de ses vœux une réflexion approfondie « *pour clarifier ce que l’on attend réellement de ce nouvel outil juridique, du rôle que l’on souhaite donner à ces fondations dans le développement - certainement nécessaire - de la recherche médicale au travers des établissements hospitaliers, ainsi que, plus généralement, sur l’organisation de la recherche publique au sein des établissements publics de santé* ».

En séance publique, l’auteur de la proposition de loi, M. Jean-Pierre Fourcade, a indiqué comprendre la position de la commission rejetant sa proposition consistant à simplifier le régime des fondations hospitalières créé par la loi HPST et déclaré qu’il n’était en effet peut-être pas nécessaire de créer un nouveau régime pour les fondations.

Toutefois, il semble impératif de remédier aux problèmes opérationnels posés par la rédaction actuelle des dispositifs législatifs afférents aux fondations hospitalières afin de ne pas compromettre leur réussite.

*

La Commission examine les amendements identiques AS 193 de la rapporteure et AS 6 de M. Jean Leonetti.

M. Yves Bur. Il convient de rétablir l'article 9, qui vise à améliorer le fonctionnement des fondations hospitalières.

La Commission adopte les amendements.

L'article 9 est ainsi rétabli.

Article 9 bis A

(article L. 221-1 du code de la sécurité sociale)

Bilan de la prévalence des actes chirurgicaux

L'article 9 bis A a pour objet d'étendre le rôle de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en chargeant cette dernière 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.

Dès le chapitre dédié à « l'organisation de l'hôpital » de son rapport de septembre 2009 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes faisait le constat de disparités importantes d'un hôpital à l'autre pour des services de même nature qui traduisent une allocation non optimale des ressources et mettent en évidence des marges de progression importantes.

D'après la Cour des comptes, les différences observables dans l'organisation de la production des soins dans les hôpitaux publics étaient « *d'une diversité qu'on ne soupçonne pas* ». À partir d'un échantillon de cinq CHU et d'une quarantaine de centres hospitaliers, la Cour et six chambres régionales des comptes avaient en effet mis en évidence, pour trois types de services (maternité, pneumologie et chirurgie orthopédique) des résultats très hétérogènes, le coût du passage dans les urgences variant par exemple de un à cinq pour les établissements de l'échantillon.

Ces différences sont révélatrices d'un besoin d'organisation et de rationalisation des établissements de santé. La Cour des comptes regrettait à cet égard que la diffusion des bonnes pratiques repérées et analysées par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) n'ait pas réussi à apporter des solutions aux problèmes d'organisation et d'efficacité médico-économique des hôpitaux.

La conclusion que tirait la Cour des comptes de cette étude sur l'incidence des facteurs organisationnels sur les coûts était que des progrès restaient possibles dans tous les établissements.

Se basant sur ce constat de la Cour des comptes de marges importantes d'amélioration exploitables dans l'organisation des hôpitaux publics, le législateur a introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, par un amendement présenté par le député Yves Bur, un article 71 instituant l'obligation pour la CNAMTS de publier annuellement des données comparatives sur l'évaluation de la pertinence des soins par région.

Dans sa décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010, le Conseil constitutionnel a toutefois considéré que cette disposition n'avait pas d'effet ou avait un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et que, par suite, elle ne trouvait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

L'article 9 *bis* A, issu d'un amendement présenté par M. Le Menn avec avis favorable de la commission des affaires sociales, reprend à l'identique le dispositif de l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 censuré par le Conseil constitutionnel.

Pour expliquer sa réserve, le Gouvernement a fait valoir que l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) publiait déjà chaque année un rapport de synthèse sur le sujet.

Il convient toutefois de souligner en premier lieu que lors des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Gouvernement avait alors émis un avis favorable au dispositif de l'article 71 en indiquant que « *l'amélioration de la pertinence des soins constitue un axe fort et important de notre politique et de l'action des agences régionales de santé. Il s'agit d'un instrument essentiel, à la fois de la qualité des soins, mais également du contrôle de l'activité hospitalière et donc des dépenses correspondantes* » et en faisant valoir que « *des données sont d'ores et déjà publiées annuellement, mobilisées par les ARS et les professionnels, mais il est vrai qu'une analyse d'ensemble par la CNAMTS, éclairée par une approche en termes de gestion du risque, serait à même d'accroître la prise de conscience et la mobilisation autour de cette priorité* ».

À cette occasion, le Gouvernement avait également indiqué que le ministère de la santé et la CNAMTS avaient demandé à la Haute autorité de santé de travailler sur des référentiels de bonnes pratiques portant sur dix gestes qui représentent des volumes importants et sur lesquels il existe des interrogations.

Par ailleurs, si l'ATIH dispose certes des informations médicales du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) en provenance des établissements de santé, elle ne dispose pas d'informations sur les actes. Seule la CNAMTS est en effet en mesure de chaîner la base de données qui rassemble

les informations de l'ensemble des remboursements que les régimes de l'assurance maladie effectuent auprès de leurs affiliés, qui constitue le Système national de l'information inter-régimes de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) avec le PMSI, ce qui la positionne bien comme un fournisseur d'informations médicalisées globales et d'analyses à valeur ajoutée concernant l'offre et la consommation de soins et justifie en conséquence la nouvelle mission qui lui est assignée par l'insertion d'un 9° à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale qui définit son rôle.

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

– cette mission doit plutôt revenir aux ARS. Elles sont en effet chargées du pilotage de l'activité des établissements et disposent d'une connaissance fine de leur activité et de ses liens éventuels avec les besoins de la population. Elles sont à ce titre responsables de l'amélioration de la pertinence des soins délivrés qui s'inscrit dans le cadre de la gestion du risque et permet d'alimenter des actions d'amélioration, voire de contrôle, de la pertinence des soins délivrés par les établissements ;

– le bilan doit également comporter des informations sur les séjours réalisés en établissements de santé ;

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

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 194 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement apporte plusieurs aménagements au dispositif adopté par le Sénat. Il propose de confier la mission de publier un bilan annuel de l'activité des établissements de santé aux agences régionales de santé, qui sont chargées de les piloter et disposent d'une connaissance fine du terrain. En outre, il prévoit d'y inclure des informations sur les séjours réalisés en établissements de santé. Enfin, il précise que le bilan est établi sur la base des informations figurant dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

M. Jean-Luc Prél. J'ai déposé un amendement presque identique.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 9 bis A est ainsi rédigé.

En conséquence, l'amendement AS 56 de M. Jean-Luc Prél n'a plus d'objet.

La Commission est saisie de deux amendements portant articles additionnels après l'article 9 bis A.

Article 9 bis BA (nouveau)

(article L. 1111-3 du code de la santé publique)

Publication des tarifs des praticiens sur les sites informatiques des établissements de santé

Cet article, issu d'un amendement présenté par M. Yves Bur, sous-amendé oralement par ce dernier et la rapporteure, a pour objet de permettre la diffusion sur les sites informatiques des établissements de santé et sur le site informatique de la CNAMTS d'informations relatives aux honoraires des professionnels de santé qui y exercent.

Les règles relatives à l'information des patients sur les frais auxquels ils pourraient être exposés à l'occasion d'activités de soins sont définies par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique qui dispose notamment que « *toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral 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* ».

Le renforcement de la transparence en matière de tarifs et honoraires médicaux, qui doit permettre d'éclairer le choix du patient, ne peut être qu'encouragé, même si le risque que cette obligation soit appliquée de manière très différente selon les établissements de santé ne doit pas être négligé.

*

Elle examine d'abord l'amendement AS 108 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement avait été adopté lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, avant d'être censuré par le Conseil constitutionnel au titre de cavalier social. Dans un souci de transparence, il tend à permettre aux établissements de santé de publier les tarifs des praticiens qui exercent en leur sein. Je propose toutefois de supprimer, dans la deuxième phrase, les mots « s'ils le souhaitent ».

Mme la rapporteure. La rédaction de votre amendement ne me semble pas assez normative : la mesure risque d'être appliquée fort diversement d'un établissement à l'autre.

M. Yves Bur. Dans ce cas, je vous propose de remplacer les mots « peuvent comporter » par « comportent ».

Mme la rapporteure. Avis favorable.

M. Jacques Domergue. Comment un établissement de santé pourrait-il rendre public les tarifs d'un professionnel qui ne lui est pas subordonné, puisqu'il est libéral ? Par ailleurs, les honoraires des praticiens exerçant en secteur II sont, par définition, très différents : il semble difficile de les publier tous !

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.

En conséquence, l'amendement AS 144 de M. Christian Paul n'a plus d'objet.

Article 9 bis B

(article 6152-7 du code de la santé publique)

Expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers travaillant à temps partiel dans les collectivités d'outre-mer

L'article 9 bis B, issu d'un amendement sénatorial présenté par M. Le Menn ayant recueilli l'avis favorable du rapporteur et du Gouvernement, a pour objet de compléter le chapitre 2 (« *Praticiens hospitaliers* ») du titre V (« *Personnels médicaux et pharmaceutiques* ») du livre I^{er} (« *Organisation des activités des établissements de santé* ») de la sixième partie (« *Établissements et services de santé* ») du code de la santé publique par un article L. 6152-7 qui ouvre la possibilité pour les établissements publics de santé de mettre en place des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel dans les collectivités d'outre-mer.

Cette disposition vise à permettre, à titre expérimental, le recrutement de praticiens hospitaliers avec une organisation annualisée du temps de travail.

Les établissements publics de santé d'outre-mer sont en effet confrontés à d'importantes difficultés de recrutement. En particulier, les problèmes liés à l'attractivité et à la démographie médicale semblent plus aigus dans les départements ultramarins qu'en métropole. Lors de la séance du Sénat du 18 mai 2009 consacrée à l'examen du projet de loi HPST, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, a ainsi indiqué qu'« *aux Antilles et en Guyane, les taux de vacances de postes de praticien hospitalier à temps plein sont compris entre 26 % et 37 %* ». Cette disposition s'inscrit donc dans un cadre général d'assouplissement des règles de gestion des personnels médicaux, afin de développer l'attractivité de l'exercice médical dans les départements et les collectivités d'outre-mer.

L'enjeu de cette mesure est de permettre à un praticien hospitalier à temps partiel de regrouper ses obligations de service hospitalier sur une partie de l'année et de lui offrir la possibilité de rentrer en métropole pour le reste de l'année afin d'y reprendre une activité libérale ou salariée. Ces expérimentations sont ainsi de

nature à aider les établissements publics de santé d'outre-mer à constituer un vivier de praticiens en favorisant notamment le recrutement de praticiens métropolitains.

Il convient de souligner que cette disposition avait déjà été adoptée dans une forme assez proche aussi bien à l'Assemblée nationale qu'au Sénat lors de l'examen de la loi HPST mais que, la durée d'une telle expérimentation n'étant alors pas mentionnée, le Conseil constitutionnel avait déclaré contraire à la Constitution l'article 16 insérant dans le code de la santé publique un article L. 6152-7 prévoyant des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel et renvoyant à un arrêté ministériel la fixation de leurs modalités, et notamment de leur durée. Le Conseil avait alors considéré que le législateur avait autorisé des expérimentations sans en fixer le terme et qu'ayant décidé lui-même de déroger au principe d'égalité devant la loi, il ne pouvait, sans méconnaître l'article 37-1 de la Constitution, renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de fixer la durée de cette dérogation.

De manière à éviter toute nouvelle censure du Conseil constitutionnel, le nouvel article L. 6152-7 inséré dans le code de la santé publique par l'article 9 *bis* B dispose explicitement que ces expérimentations peuvent être prévues pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST.

Par ailleurs, alors que l'article 16 de la loi HPST prévoyait qu'il revenait à un arrêté du ministre de la santé de fixer les modalités précises de ces expérimentations, et notamment les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre, ainsi que les modalités de son évaluation, l'article 9 *bis* B de la présente proposition de loi dispose que c'est un décret en Conseil d'État qui précisera désormais ces points pour plus de sécurité juridique.

Un dispositif identique avait également été introduit à l'article 105 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 mais avait également été invalidé comme cavalier social par le Conseil constitutionnel dans sa décision n°620 DC du 16 décembre 2010.

Aussi positive qu'elle puisse apparaître, la possibilité d'expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel s'inscrit plus largement dans une politique globale destinée à améliorer l'accès aux soins dans les collectivités d'outre-mer, dont le plan « Hôpital, santé, outre-mer » pour les départements d'outre-mer constitue l'axe majeur.

Ce plan vise à mieux prendre en compte les particularités des DOM (insularité, éloignement de la métropole, risques naturels particuliers, populations fragilisées et surexposées à certaines pathologies...) par différentes mesures concernant la formation, la recherche, les moyens dédiés aux échanges avec la métropole et la coopération interrégionale et internationale.

Le plan « Hôpital, santé, outre-mer »

Ce plan vise à décliner la réforme de l'hôpital dans les départements d'outre-mer et doit permettre de garantir la pratique d'une médecine de pointe, exigeante, ambitieuse et efficiente, à travers sept axes principaux visant à :

– concrétiser les grands projets de chacun des DOM : le rayonnement du CHR de la Réunion dans l'océan Indien, un pôle de formation et de recherche dans les Caraïbes, en Guadeloupe et en Martinique...

– développer une politique de ressources humaines dynamique pour les professionnels de santé exerçant dans les DOM : cette politique veillera à les accompagner tout au long de leur parcours à travers des formations, des évaluations, une préparation au retour et une valorisation de l'expérience professionnelle ;

– rénover le dialogue social en privilégiant la concertation entre les différents acteurs et en mettant en place un baromètre social ;

– développer la formation initiale sur place et la formation permanente à distance en créant des centres régionaux de télé-enseignement et en favorisant l'accès à des banques de données ;

– préparer la relève médicale en renforçant les dispositifs locaux de formation et en fidélisant les étudiants en médecine qui effectuent leur premier cycle dans les DOM ;

– renforcer le dispositif de lutte contre les conduites addictives et la transmission du VIH en confiant le pilotage de la politique de lutte contre le sida et la coordination des compétences et des moyens à un référent unique ;

– valoriser les compétences acquises dans les DOM sur certains sujets spécifiques : maladies infectieuses (comme la dengue et le chikungunya) et télémédecine.

Source : ministère de la santé

*

La Commission examine l'amendement AS 195 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Les dispositions autorisant des expérimentations n'étant pas pérennes, elles n'ont pas vocation à être codifiées.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 9 bis B est ainsi rédigé.

En conséquence, l'amendement AS 61 de M. Jean-Luc Préel n'a plus d'objet.

Après l'article 9 bis B

La Commission est saisie de deux amendements portant articles additionnels après l'article 9 bis B.

Elle examine d'abord l'amendement AS 48 de M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à garantir aux patients accueillis par un établissement chargé d'une mission de service public, la prise en charge aux tarifs opposables des honoraires appliqués par les médecins au secteur I dans les filières de soins concernées par les missions de service public et, pour le reste de l'activité, aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : la première partie de l'amendement est déjà satisfaite par la loi et le secteur conventionnel à caractère optionnel n'existe pas encore.

L'amendement est retiré.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 32 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de permettre aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) d'accueillir des praticiens hospitaliers détachés. Les restrictions apportées par le décret du 29 septembre 2010 nuisent à l'offre de soins, notamment en psychiatrie.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : cela est d'ordre réglementaire. Nous poserons la question au ministre lors de l'examen en séance plénière.

M. Jean-Luc Prével. Pour ce faire, rien ne vaut un amendement !

La Commission rejette l'amendement.

Article 9 bis

(article L. 4113-6-1 du code de la santé publique)

Publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins

L'article 9 bis, inséré par la commission des affaires sociales du Sénat à l'initiative de son rapporteur, propose d'imposer aux entreprises produisant ou commercialisant des prestations et des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale de publier à la fin de chaque année les avantages et revenus dont ont bénéficié de leur part des membres des professions médicales, ainsi que les contrats conclus avec eux ou appliqués pendant l'année.

Cet article entend apporter un début de réponse au problème des conflits d'intérêts dans le domaine de la santé. Certes il s'agit d'une question transversale qui concerne l'ensemble de notre société, mais dans le secteur sanitaire, ce problème des conflits d'intérêts s'est révélé dans toute sa complexité avec la crise liée au Mediator.

Des missions d'information travaillent sur ce sujet tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat mais le rapporteur du Sénat, M. Alain Milon, a souhaité anticiper quelque peu même si le dispositif proposé n'épuise bien sûr pas le sujet. Ce dispositif s'inspire en particulier des dispositions, intégrées dans la loi américaine sur la protection de la santé, du Physician Payments Sunshine Act : ce texte impose désormais la déclaration annuelle par les laboratoires de chaque rémunération, revenu ou avantage en nature reçu par un médecin et d'une valeur unitaire supérieure à 10 dollars, ou dont la valeur cumulée annuelle dépasse 100 dollars.

Par ailleurs, cet article s'inscrit dans une parfaite cohérence avec les propos du ministre du travail, de l'emploi et de la santé lors de la conférence de presse qu'il a tenue le 15 janvier 2011 à l'occasion de la remise du rapport de l'IGAS sur le Mediator : *« Dans un premier temps, il faut que les choses soient claires : il faut que toutes les conventions passées entre tous les laboratoires, tous les médecins, tous les experts et toutes les sociétés savantes soient désormais publiques, consultables. Toutes sans exception. Vous connaissez le système américain du « Sunshine Act ». C'est la même logique qui s'imposera en France ».*

Le I de l'article 9 *bis* crée donc un nouvel article L. 4113-6-1 dans le code de la santé publique qui impose aux entreprises *« assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge »* par la sécurité sociale de communiquer chaque année aux ordres les avantages, directs ou indirects, et les revenus dont ont bénéficié les membres de professions médicales. Il s'agit en fait d'étendre, mais *a posteriori*, le dispositif déjà prévu à l'article L. 4113-6 pour, d'une part, les conventions passées entre ces entreprises et les membres de professions médicales pour financer des travaux de recherche, et, d'autre part, l'hospitalité offerte par ces entreprises lors de manifestations de promotion.

Le II fixe l'entrée en vigueur du dispositif au plus tard le 31 décembre 2012.

Le dispositif proposé appelle quelques remarques :

– d'une part, il convient de préciser que c'est bien aux ordres concernés que les entreprises doivent transmettre ces informations ;

– d'autre part, il convient d'étendre l'application de ce nouvel article L. 4113-6-1 aux autres professions de santé soumises aux dispositions de l'article L. 4113-6, c'est-à-dire aux pharmaciens, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux pédicures-podologues.

À l'initiative de la rapporteure, la commission des affaires sociales a donc modifié cet article en ce sens.

La Commission est saisie de l'amendement AS 155 de M. Christian Paul.

Mme Catherine Lemorton. Bien que nous l'ayons très souvent présenté, cet amendement est particulièrement d'actualité, puisqu'il vise à soumettre les membres des professions médicales à une obligation de déclaration des financements obtenus auprès des entreprises du secteur. En croisant ces informations avec celles fournies par les entreprises, on pourra renforcer le contrôle et la transparence.

L'an dernier, certains laboratoires pharmaceutiques n'ont déclaré qu'une infime partie des sommes qu'ils ont versées aux associations de patients. Or, les montants en jeu sont loin d'être anodins ! Lors de son audition à l'occasion de sa nomination à la tête de la Haute autorité de santé, M. Harousseau a déclaré avoir perçu, à titre personnel, 68 456 euros en 2008, 85 724 euros en 2009, et 51 662 euros en 2010, auxquels il convient d'ajouter les sommes reçues indirectement, par l'intermédiaire de son service. Que des spécialistes mettent leurs services à la disposition de l'industrie pour effectuer des tests cliniques, on ne peut que s'en féliciter, mais il faudrait pouvoir contrôler ces relations financières !

Mme la rapporteure. Quoique j'en comprenne la logique, je suis défavorable à cet amendement, car il jetterait le discrédit sur une catégorie de professionnels. Dès lors que le législateur a décidé que des informations doivent être transmises, les entreprises qui dérogeront à cette obligation pourront être sanctionnées.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement de précision AS 176 de la rapporteure.

Elle examine ensuite l'amendement AS 177 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Il s'agit d'étendre les dispositions de l'article aux autres professions de santé disposant d'un ordre : les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 178 de la rapporteure.

Puis elle adopte l'article 9 bis modifié.

Après l'article 9 bis

La Commission est saisie d'une série d'amendements portant articles additionnels après l'article 9 bis.

Elle examine d'abord les amendements AS 166 à AS 169 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Cette série d'amendements tend à mettre en œuvre une proposition que nous avons faite lors de la discussion du projet de loi HPST : interdire tout contact, même indirect, entre les laboratoires pharmaceutiques et les patients en matière d'éducation thérapeutique. En effet, depuis la publication des décrets d'application, les entreprises assaillent les agences régionales de santé afin d'obtenir les programmes d'éducation thérapeutique et tentent, sous couvert de dépister l'asthme, de récupérer les fichiers des patients auprès des collectivités territoriales.

À l'époque, nous avons envisagé la création d'un fonds national dédié à l'éducation thérapeutique, afin d'éviter un financement par des contacts indirects, qui déboucherait inévitablement sur la transmission des fichiers des patients. Cette suggestion fera l'objet d'un amendement ultérieur.

Mme la rapporteure. Si je souscris à vos propos, la rédaction de vos amendements me semble trop radicale.

Le Gouvernement a déjà pris des mesures afin de sécuriser les dispositifs d'éducation thérapeutique. Il est interdit aux entreprises pharmaceutiques d'élaborer ou de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement : seuls les professionnels de santé peuvent le faire – même si des entreprises peuvent participer aux financements.

Par ailleurs, il serait très compliqué d'interdire tout contact indirect. Tant que l'on ne s'est pas prononcé sur le fonds que vous appelez de vos vœux, cela reviendrait à condamner une grande partie des programmes d'éducation thérapeutique.

Mme Catherine Lemorton. Vous admettez donc que l'éducation thérapeutique est aujourd'hui essentiellement financée par l'industrie pharmaceutique...

Afin de vous faire prendre conscience de la gravité de la situation, je vous donnerai un exemple précis. Le laboratoire GlaxoSmithKline, spécialiste mondial des aérosols contre l'asthme, a proposé à la municipalité de Toulouse de mettre à la disposition des pharmaciens une documentation afin de détecter les logements générateurs d'asthme. Nous ne sommes pas chez les Bisounours : en réalité, l'objectif était d'avoir accès aux coordonnées des malades. Heureusement que les syndicats de pharmaciens ont été vigilants !

Mme la rapporteure. Même s'il est imparfait, le système actuel a le mérite d'exister. Nous n'allons pas supprimer tous les dispositifs d'éducation thérapeutique !

Mme Catherine Lemorton. Ces amendements sont en effet liés à la création du fonds national.

M. le président Pierre Méhaignerie. Madame Lemorton, je vous suggère de retirer vos amendements et, après discussion avec la rapporteure, d'en proposer une nouvelle rédaction dans le cadre de l'article 88.

Mme Catherine Lemorton. Soit.

Les amendements AS 166 à AS 169 sont retirés.

La Commission examine l'amendement AS 154 de M. Christian Paul.

Mme Catherine Lemorton. Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises du secteur sont déclarées auprès des ordres professionnels, mais elles ne sortent pas de leurs tiroirs. Nous souhaitons qu'elles soient rendues publiques.

M. Jean-Pierre Door. À la suite de l'affaire du Mediator, le ministre s'est engagé à réformer les relations entre les professionnels de la santé et les industries du médicament. Pourquoi ne pas attendre ses propositions ?

Mme la rapporteure. Avis défavorable : l'amendement est satisfait par l'article 9 *bis* qui prévoit justement de rendre publiques ces conventions.

Mme Catherine Lemorton. Non, car celui-ci confie aux conseils des ordres concernés, et non aux pouvoirs publics, la responsabilité de rendre publics les conflits d'intérêts.

La Commission rejette l'amendement.

Article 9 ter (nouveau)

(article L. 5121-10 du code de la santé publique)

Suppression de l'obligation d'informer le laboratoire princeps d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un générique

Cet article, adopté par la commission à l'initiative de Mme Catherine Lemorton et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche avec un avis favorable de la rapporteure, a pour objet de supprimer l'information du laboratoire princeps lors du dépôt d'un dossier de demande d'autorisation de mise sur le marché pour un médicament générique.

Cette disposition avait déjà été adoptée par la commission des affaires sociales lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 mais avait été déclarée irrecevable par le président de la commission des finances car ne relevant pas du champ des lois de financement.

Cette mesure vise à mettre un frein aux stratégies développées par certains laboratoires pour freiner l'arrivée d'un médicament générique, alors que la France a toujours un retard certain par rapport aux autres pays européens concernant le développement des médicaments génériques qui permettent pourtant de faire des

économies nécessaires pour les finances de l'assurance maladie tout en permettant de soigner aussi bien les malades.

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

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

Il conviendrait donc de s'assurer que le niveau d'information délivré aux titulaires des droits de propriété intellectuelle ne soit pas propice à ce type d'intervention. Or, l'article L 5121-10 du Code de Santé Publique prévoit l'information du titulaire des droits de propriété intellectuelle au moment de la soumission du dossier d'AMM puis l'information du titulaire de l'AMM de la spécialité de référence au moment de la délivrance de l'AMM générique.

Depuis la rédaction de l'avenant n° 2 de l'accord cadre du 13 juin 2003, l'exploitant de la spécialité de référence est également informé par le CEPS de la demande de prix pour une spécialité générique. Ce triple niveau d'information paraît excessif et il semble nécessaire, pour réduire l'intervention des laboratoires princeps au cours des demandes d'agrément des spécialités génériques, de supprimer l'information au moment du dépôt de la demande d'AMM.

*

La commission examine les amendements AS 171 et AS 172 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Ces deux amendements visent à lutter contre les stratégies élaborées par certains laboratoires afin de retarder la mise sur le marché des médicaments génériques. Le rapport de l'enquête de la Commission européenne est éloquent à ce sujet. Il y va des comptes publics.

M. Jean-Pierre Door. Ces sujets sont actuellement discutés aux Assises du médicament. Ne mettons pas la charrue avant les bœufs !

Mme Catherine Lemorton. Tous les arguments sont bons !

Mme la rapporteure. Lors de l'examen du PLFSS pour 2011, la Commission avait adopté l'amendement AS 171 et rejeté l'amendement AS 172. Je suis donc favorable à l'amendement AS 171.

Par ailleurs, M. Door a raison : les Assises du médicament sont en cours, une mission d'information travaille sur le sujet et un texte spécifique sera présenté à l'issue de ces travaux. Nous aurons tout loisir d'approfondir la question.

Mme Catherine Lemorton. Encore du temps perdu ! Voilà trois ans que nous présentons ces amendements. L'enquête de la Commission européenne, qui a eu le courage de faire des perquisitions dans les sièges sociaux des laboratoires, n'aurait-elle aucun poids ? Il serait dommage que la France reste à la traîne alors qu'elle donne des leçons à la terre entière !

M. Jean Mallot. Quel talent, dans la majorité, pour repousser sans cesse les décisions ! Les préconisations du rapport de la MECSS ont été adoptées à l'unanimité ; elles ont donné lieu à des amendements, qui ont eux-mêmes été adoptés à l'unanimité par la Commission des affaires sociales avant d'être rejetés en séance à cause du fait majoritaire. On nous oppose maintenant les Assises du médicament et le rapport sur le Médiateur – et, pendant ce temps, les affaires continuent...

*Suivant l'avis de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement AS 171 et **rejette** l'amendement AS 172 de Mme Catherine Lemorton.*

Article 9 quater (nouveau)

(article L. 5121-10-2 du code de la santé publique)

Apparence et texture des médicaments génériques

Cet article, adopté par la commission à l'initiative de M. Yves Bur, vise à permettre la production de médicaments génériques ayant la même apparence et la même texture que le princeps, en leur permettant de déroger au droit de la propriété intellectuelle.

Cette disposition, qui vise comme la précédente à développer le recours aux génériques, avait été adoptée lors de l'adoption du PLFSS 2010 mais censuré par le Conseil constitutionnel.

Pour certains patients, l'apparence et la texture d'un médicament sont indispensables pour leur permettre de reconnaître la substance prescrite. Or, en l'état actuel du droit, ces éléments sont protégés par la propriété intellectuelle au même titre que la molécule active, ce qui freine la diffusion de la version générique.

Par ailleurs, cet article a également pour objet d'éviter des erreurs de prise, en particulier de la part des patients âgés qui sont souvent appelés à suivre simultanément plusieurs traitements et peuvent prendre l'habitude d'identifier les médicaments par leur apparence extérieure - la forme ou la couleur du comprimé ou de la gélule.

De telles erreurs peuvent en effet être lourdes de conséquences, surtout pour des personnes vulnérables (20% des hospitalisations de personnes de plus de quatre-vingts ans sont imputables à des médicaments) : un surdosage ou une interruption de traitement, une confusion entre deux produits, peuvent provoquer un accident iatrogénique grave, des malaises, des chutes...

*

La commission examine l'amendement AS 110 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement, qui avait été adopté à l'occasion de l'examen du PLFSS 2010, avant d'être censuré par le Conseil constitutionnel, vise à faciliter la promotion du générique, en lui permettant d'avoir la même forme, la même couleur et la même texture que le médicament princeps.

Mme la rapporteure. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle rejette, suivant l'avis de la rapporteure, l'amendement AS 164 de Mme Catherine Lemorton.

Article 9 quinquies (nouveau)

(article L. 161-38 du code de la sécurité sociale)

Information du public par les sites informatiques publics dédiés à la santé et aux médicaments

Cet article, adopté par la commission à l'initiative de Mme Catherine Lemorton et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche avec un avis favorable de la rapporteure, vise à traduire la préconisation n° 61 du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « *la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments* ».

Comme l'expliquait parfaitement ce rapport, les patients vont en effet de plus en plus chercher de l'information sur internet. Aujourd'hui, environ un patient sur cinq consulte un site internet pour rechercher de l'information médicale ou de santé.

La qualité de l'information sur les médicaments diffusée sur internet revêt donc une importance croissante. La loi du 13 août 2004, répondant aux recommandations du plan d'action eEurope 2002 visant notamment à développer les usages d'internet en matière de santé, a confié à la HAS la mission de déterminer les règles de bonnes pratiques devant être respectées par les sites français d'information de santé. Le contrôle systématique et continu de la qualité de l'information médicale délivrée par les sites n'apparaissant pas réaliste, la HAS a établi une recommandation destinée aux patients pour les aider à chercher une information sur internet et à identifier des sites santé en évitant les pièges d'internet.

Par ailleurs, la HAS a confié à une organisation non gouvernementale, Health On The Net (HON), l'attribution d'un label HON aux sites qui respectent les huit principes d'un code de bonnes conduites (HONcode). Ces principes

concernent la qualification des rédacteurs, l'indication du caractère complémentaire des informations à la relation médecin-patient, la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site, la mention des dates et sources des données en ligne, la justification des affirmations sur les bienfaits et inconvénients des produits ou traitement, le professionnalisme et l'accessibilité de l'information, la transparence du financement, la séparation de la publicité de la politique éditoriale. Le label ne garantit pas la qualité du contenu, mais garantit la transparence et l'éthique du fonctionnement du site. Health On The Net est une fondation à but non lucratif dont le siège est situé à Genève. Fin 2007, HON était présente dans 72 pays. Environ 5 700 sites étaient certifiés HON dont plus de 300 sites français. La certification est délivrée pour un an et il est procédé à une réévaluation annuelle systématique.

Il est néanmoins nécessaire d'aller au-delà de cette certification et d'obliger les sites non certifiés à faire figurer sur leur page d'accueil des liens vers les sites institutionnels d'information en santé (AFSSAPS, HAS, INPES, CEPS, caisses d'assurance maladie...).

*

La commission examine l'amendement AS 163 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Nos concitoyens s'informent de plus en plus auprès de sites non certifiés, dont on ignore tout. Il serait bon que, sur ces sites, une page d'accueil signale à l'internaute que, pour obtenir des informations objectives, il doit s'adresser aux autorités compétentes que sont l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou la Haute Autorité de santé.

Mme la rapporteure. Cette mesure risque d'être difficile à appliquer ! Avis favorable, cependant.

La Commission adopte l'amendement.

Article 9 sexies (nouveau)

(article L. 162-17 du code de la sécurité sociale)

Appréciation de l'amélioration du service médical rendu avant l'autorisation de mise sur le marché

Cet article, adopté par la commission à l'initiative de Mme Catherine Lemorton et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche avec un avis favorable de la rapporteure, vise à traduire la préconisation n° 6 du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « *la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments* » : « *rendre obligatoire les essais cliniques contre comparateurs avant l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par la Commission de la transparence* ».

En effet, l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu détermine le niveau de prix du médicament mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu mais qui apportent une économie dans le coût du traitement médicamenteux. Or, actuellement, l'appréciation de l'ASMR est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un placebo et dans moins de la moitié des cas sur une comparaison avec des comparateurs. Cependant, une majorité des médicaments qui sont évalués par la Commission de la transparence n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (58 % en 2005, 54 % en 2006).

La MECSS, dans le même esprit de privilégier l'admission au remboursement des médicaments qui apportent une réelle ASMR, a donc demandé que l'appréciation de l'ASMR soit fondée non seulement sur une comparaison avec un placebo mais également sur des essais cliniques contre comparateurs, lorsqu'ils existent, afin de mesurer la valeur ajoutée thérapeutique.

*

La Commission examine l'amendement AS 162 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Cela fait des années que nous demandons qu'avant d'autoriser une mise sur le marché, on compare le nouveau médicament avec les stratégies thérapeutiques existantes pour la même pathologie. Lors de l'examen du PLFSS, on nous a répondu que cela risquait de déstabiliser le système !

Prenons l'exemple du Multaq, qui n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu par rapport au générique ; Sanofi-Aventis a fait appel auprès de l'Agence du médicament, qui a estimé que, dans certains cas, il pouvait être efficace. Résultat : il a été mis sur le marché à six fois le prix du générique. Et l'on se plaint que les comptes publics soient dans le rouge !

Mme la rapporteure. Il y a de quoi être partagé : d'un côté, on ne peut que souscrire aux préconisations du rapport de la MECSS ; de l'autre, les Assises du médicament sont en cours. Je vous propose d'émettre un avis favorable sur les amendements qui reprennent les préconisations de la MECSS, et de regarder d'ici à l'examen en séance publique quels sont ceux qui pourront être acceptés avant la fin des Assises du médicament.

M. Pierre Morange, président. En tant que co-président de la MECSS, je suis favorable à ces amendements ; s'ils avaient été adoptés plus tôt, nous aurions évité bien des débats sur la pharmacovigilance. On ne peut que regretter le retard pris dans la mise en œuvre des préconisations de la MECSS, d'autant que nos collègues du Sénat avaient formulé des propositions similaires. Je suggère que, pour leur donner davantage de poids, les amendements issus des préconisations de la MECSS soient repris de manière collective.

La Commission adopte l'amendement.

Article 9 septies (nouveau)

(article L. 162-17 du code de la sécurité sociale)

**Classement par la HAS des médicaments
en fonction de l'amélioration du service médical rendu**

Cet article, adopté par la commission à l'initiative de Mme Catherine Lemorton et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche avec un avis favorable de la rapporteure, vise à traduire la préconisation n° 7 du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « *la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments* » : « *Etablir un classement des médicaments par niveau d'ASMR* ».

En effet, « *dans un but de transparence et d'analyse des remboursements de médicaments selon leur ASMR* », la Mission avait souhaité que soit établie une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR.

*

La commission examine l'amendement AS 165 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Dans un souci d'aide à la prescription, cet amendement tend à classer les médicaments en fonction du niveau d'amélioration du service médical rendu.

Mme la rapporteure. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

*

Puis elle examine l'amendement AS 170 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. L'exemple du Multaq montre qu'il suffit qu'une entreprise signe une convention pour échapper à l'application du taux K – ce qui avait fait dire en 2007 à M. Philippe Séguin que le rendement de cette taxe était nul. L'entente sur les prix se fait sans aucune transparence. Il conviendrait de renforcer le contrôle démocratique sur le Comité économique des produits de santé (CEPS), afin que l'on sache ce qui s'y passe. Nous proposons donc d'y associer des parlementaires.

M. Yves Bur. Je partage votre souci de transparence, mais soyons réalistes : le CEPS se réunit quasiment toutes les semaines, et les parlementaires ne peuvent pas être partout !

En revanche, le CEPS ne rend compte au Parlement que sous la forme d'un rapport annuel, certes de bonne qualité, mais très général. Ne pourrait-on pas mettre en place un conseil de surveillance ?

Mme Jacqueline Fraysse. Ce qui est sûr, c'est qu'on ne peut pas se satisfaire de la situation actuelle : nous avons besoin, au-delà du rapport annuel, d'être informés du contenu des débats.

M. Pierre Morange, président. Même si cette demande d'une plus grande transparence est légitime, le contenu de l'amendement trouverait une meilleure place au sein d'une réflexion globale sur la réorganisation des agences sanitaires.

M. Jean Mallot. La suggestion de M. Bur – mettre en place une forme de conseil de surveillance du CEPS – pourrait aisément trouver à s'appliquer : il suffirait de déposer un amendement que la Commission examinerait lors de sa réunion au titre de l'article 88.

M. Yves Bur. Rien ne presse, car nous devons veiller à ce que la gouvernance des agences et de gestion du médicament reste cohérente. Mais il est vrai que la question du regard du Parlement se pose.

Par ailleurs, nous n'avons pas vocation à exercer un pouvoir exécutif. Le CEPS n'est pas seulement un comité d'acheteurs : il est piloté par l'État, qui y compte un certain nombre de représentants. Certains d'entre eux, issus du ministère de l'industrie, ont également le souci de la préservation des emplois dans le secteur pharmaceutique. Naturellement, il ne peut être question de sacrifier les intérêts des malades aux intérêts économiques. L'équilibre entre ces deux exigences est compliqué à trouver, et c'est pourquoi la transparence est essentielle.

M. Guy Malherbe. Il serait difficile aux parlementaires d'assister aux réunions du CEPS. En revanche, un rapport pourrait être rendu régulièrement sur les décisions qui y sont prises, et notre Commission pourrait procéder à l'audition du président du Comité lorsque celui-ci prend des décisions importantes, ou bien de façon régulière, selon un rythme à déterminer.

M. Jean-Pierre Door. Je ne vois pas bien ce que des parlementaires pourraient faire au sein du CEPS, qui est un organisme très technique. Par ailleurs, je rappelle que le Comité travaille en lien avec la Haute autorité de santé, dont une des missions est justement de déterminer quels médicaments offrent le meilleur service médical.

En outre, le médicament cité par Mme Lemorton n'est pas tout à fait comparable à son équivalent générique : la dronédarone n'a pas la même action que l'amiodarone, puisqu'elle permet, dans le cas de certaines fibrillations d'arythmie, d'éviter des troubles secondaires affectant la thyroïde. Elle ne mérite donc pas nécessairement d'être jetée aux orties.

Mme Catherine Lemorton. N'oublions pas que des cas mortels d'insuffisance hépatique ont été relevés.

J'entends l'argument selon lequel les députés n'ont pas à se mêler de ce qui relève de l'exécutif, surtout dans un domaine aussi technique. Je retire donc l'amendement, avec l'intention d'en proposer une nouvelle rédaction. Mais je rappelle qu'à l'occasion de l'examen du PLFSS, nous sommes amenés à prendre des décisions à propos du « taux K », lequel dépend de conventions sur lesquelles nous n'avons aucune prise, ou à propos de l'enveloppe « médicaments » de l'ONDAM de ville, alors que nous ignorons comment sont fixés les prix. Essayons d'être cohérents !

L'amendement est retiré.

Article 10

(articles L. 3131-2, L. 3131-5, L. 3131-6, L. 3131-10, L. 3131-11, L. 3132-1, L. 3132-3, L. 3133-1, L. 3133-7, L. 3134-1, L. 3134-2, L. 3134-6, et L. 3135-1 du code de la santé publique)

Réforme de la réserve sanitaire

Cet article a pour objet de définir le cadre d'emploi de la réserve sanitaire, d'assouplir les conditions de sa mobilisation et de la compléter, en tant que de besoin, par des personnels mis à disposition par des établissements de santé dans le cadre de conventions passées avec l'ÉPRUS.

1. La réserve sanitaire, un système inadapté lors de la pandémie grippale A (H1N1)

Dans la mesure où l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (ÉPRUS) a joué un rôle majeur dans la gestion de la pandémie grippale A (H1N1)2009, celui-ci a fait l'objet des attentions des différents rapports d'évaluation parlementaires ou de la Cour des comptes, notamment le rapport n° 2698 fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1), dont le rapporteur était notre collègue M. Jean Pierre Door.

Ces rapports, soulignant l'impossibilité de recourir effectivement à la réserve sanitaire lors de la campagne de vaccination A (H1N1) 2009, ont souhaité que des assouplissements du cadre juridique et de la « doctrine d'emploi » de la réserve soient menés à la lumière de cette expérience et qu'elle soit davantage ancrée territorialement. L'article 10 de la proposition de loi fait la synthèse de ces recommandations.

Il convient de rappeler que la création de la réserve sanitaire par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur visait l'objectif de constituer, aux côtés des dispositifs permanents d'intervention sanitaires et de sécurité civile (hôpitaux et

médecins libéraux, SAMU, pompiers etc.), un potentiel de ressources humaines réunies sur la base du volontariat et pouvant renforcer les structures de soins et médico-sociales dans des situations d'urgence le requérant, soit localement, soit à l'échelle nationale.

La constitution préalable d'un tel corps de volontaires et les garanties apportées par la loi entendaient faire en sorte qu'à la différence de la procédure usuelle de la réquisition, les personnes engagées dans de telles actions bénéficient d'un cadre organisé d'emploi, de formation préalable, d'une rémunération et d'une protection personnelle. La faiblesse des effectifs de la réserve, tant dans la composante de renfort que d'intervention, tient en grande partie à sa difficile insertion dans le paysage sanitaire.

De surcroît, la mobilisation des personnels nécessaires à l'armement des centres de vaccination par le biais de la réquisition durant la pandémie a contribué à brouiller encore plus l'image de la réserve.

2. Une adaptation nécessaire

L'article 10 de la proposition de loi a essentiellement pour objet de modifier le cadre d'emploi de la réserve sanitaire, au regard de l'expérience acquise au cours des interventions humanitaires à l'étranger et la gestion de la pandémie contre le virus de la grippe A (H1N1) 2009. Il procède donc à des modifications du titre III, intitulé « *menaces sanitaires graves* » du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique.

Le chapitre Ier (**A**) relatif aux « *mesures d'urgence* » est principalement modifié afin de permettre une harmonisation des termes employés pour justifier des mesures d'urgences. Ainsi, l'article L. 3131-5 (**A**, 2^o), les mots « *d'alerte épidémique* » sont supprimés dans la mesure où une alerte épidémique peut déjà constituer une menace sanitaire grave. Il y a donc une redondance dans le texte. Il en va de même de la suppression apportée à l'article L. 3131-10 (**A**, 4^o).

Cet article procède aussi à une modification des modalités de consultation du Haut conseil de la santé publique (**A**, 1^o). Compte tenu de la grande diversité d'événements pouvant constituer une menace sanitaire grave au titre de l'article L. 3131-1, il est très difficile de fixer des modalités de consultation du Haut Conseil de la Santé Publique à l'avance. En effet l'expérience de la gestion de la pandémie grippale A (H1N1) 2009 montre la nécessité d'une perpétuelle adaptation de la gestion d'un événement à son évolution. Ainsi il semble préférable que le HCSP soit consulté par le ministre chargé de la santé dès lors que cela lui semble nécessaire sans que cette consultation soit systématique.

En outre, l'article L. 3131-6 (**A**, 3^o) est abrogé puisque la disposition actuelle fait référence au plan régionaux de santé publique qui ne figurent plus à l'article L. 1411-11 depuis la loi HPST. Désormais, le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 doit prévoir les modalités d'organisation des agences régionales de santé pour faire face à une crise sanitaire.

Enfin, l'article L. 3131-11 (**A, 5 a et 6°**), institue un plan zonal de mobilisation sur la base des plans blancs élargis des départements en intégrant également les moyens matériels déployés par l'ÉPRUS sur ses plateformes zonales. Ces plans auraient vocation à être préparés par les ARS et signés par le préfet de zone de défense et de sécurité, justifiant ainsi une disposition législative. Cette proposition permet de mieux intégrer la zone de défense et de sécurité dans la gestion des crises sanitaires.

Le chapitre II (**B**) est relatif à la « *constitution et à l'organisation de la réserve sanitaire* ». Le titre est modifié pour supprimer la notion de « *corps de réserve sanitaire* » (**B, 1°**) qui semble inapproprié. En conséquence, les termes de « *corps* » sont supprimés à l'article L. 3132-1(**B, 2°, a**). En outre, il s'est avéré que le distinguo entre réserve d'intervention et réserve de renfort n'était pas utile et qu'il était préférable de disposer d'une réserve sanitaire unifiée (**B 2°, a, b, d, 3°, a, b, c**).

Par ailleurs, la suppression des alinéas 2 et 3 de l'article L. 3132-1(**B, 2°, c**) constitue une proposition de déclassement dans la mesure où ces dispositions relèvent du domaine réglementaire.

Enfin, pour prendre acte de l'institution des agences régionales de santé, à l'alinéa 1^{er} de l'article L. 3132-1, les agences régionales de santé sont ajoutées à la liste des établissements et autorités compétents en matière de sécurité sanitaire.

Le chapitre III (**C**) comporte les dispositions applicables aux réservistes sanitaires. Les suppressions opérées répondent au souci de retirer de la partie législative les dispositions qui relèvent, en fait, du domaine réglementaire. Tel est le cas des dispositions relatives aux sujétions (**C 1° et 2°**).

Le chapitre IV (**D**) intéresse les règles d'emploi de la réserve. Les modifications apportées à ce chapitre constituent les mesures phares de l'article 10 de la proposition de loi. En premier lieu, la mobilisation de la réserve sanitaire résulte toujours d'un arrêté motivé du ministre chargé de la santé. (**D, 1°**). En fonction de la gravité de la menace, l'affectation des réservistes est réalisée par le DG ARS, le préfet de département ou le préfet de zone (**D, 2°**). Cette répartition des compétences est justifiée par les nouvelles compétences des ARS en matière de sécurité sanitaire, introduite par l'article L. 1435-1. Le processus d'engagement de la réserve dans ces conditions est ainsi assoupli par l'octroi de marges de manœuvre au niveau

Par ailleurs, comme la réserve sanitaire est composée de différentes catégories de volontaires qui ont choisi d'adhérer librement à ce dispositif, la représentation dans la réserve des différentes qualifications professionnelles nécessaires à la gestion de certaines situations particulières (par exemple interventions à l'international) n'est pas toujours garantie par ce mode de recrutement. Il est donc nécessaire de donner la possibilité au ministre chargé de la santé de constituer des détachements ou équipes d'intervention en cas de besoin

constituées de professionnels de santé volontaires prélevés dans les établissements de santé avec l'accord de leurs employeurs (**D, 3°**).

Le chapitre V (**E**) relatif à la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves fait également l'objet d'une adaptation aux mesures introduites au chapitre IV : le recours à un décret en Conseil d'État, tel qu'il était mentionné à l'article L. 3135-1 n'est plus justifié dans la mesure où le chapitre IV traite désormais des modalités de mise en œuvre et d'emploi de la réserve au niveau territorial.

À l'initiative de M. Dominique Tian, la commission des affaires sociales a complété cet article, afin de prévoir que le recours à la réserve sanitaire fait l'objet d'un rapport aux commissions compétentes dans un délai de six mois.

*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 179 de la rapporteure.*

*Suivant l'avis favorable de cette dernière, elle **adopte** également l'amendement AS 122 de M. Dominique Tian.*

*Elle **adopte** enfin l'article 10 **modifié**.*

Article 11

(articles L. 3115-5 et L. 3116-5 du code de la santé publique)

Lutte contre la propagation internationale des maladies

Cet article a pour objet de compléter les dispositions adoptées dans le cadre de la loi HPST pour améliorer l'information sur les risques sanitaires et lutter contre la propagation internationale des maladies.

L'article 107 de la loi HPST a inscrit, aux articles L. 3115-1 et suivants du code de la santé publique, les dispositions nécessaires à la mise en œuvre par la France du règlement sanitaire international de 2005 élaboré dans le cadre de l'OMS et auquel la France est partie. Ce règlement, applicable au niveau international depuis juin 2007, a fourni un nouveau cadre pour coordonner l'action des États en cas d'événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; il a notamment rendu les pays mieux à même de déceler, d'évaluer et de signaler les menaces pour la santé publique et d'y faire face.

À cet effet, un nouveau chapitre a été inséré au titre I du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique, intitulé « *Lutte contre la propagation internationale des maladies* ».

Le présent article propose, d'une part, de compléter ce dispositif, d'autre part, de le modifier sur un point particulier :

– le 1° ajoute un nouvel article L. 3115-5 afin de spécifier explicitement que les frais résultant de l'application des mesures prises par les autorités sanitaires pour lutter contre la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles, notamment en cas d'immobilisation d'un moyen de transport, sont à la charge des exploitants des moyens de transport concernés ; selon l'exposé des motifs de la proposition de loi, il s'agit d'éviter les contentieux que des transporteurs pourraient être tentés d'engager à l'encontre des autorités prenant une décision d'immobiliser un moyen de transport ;

– le 2° modifie l'article L. 3116-5 relatif aux sanctions pénales auxquelles s'exposent les fonctionnaires et agents publics, commandants de navires ou d'avions et médecins qui n'auraient pas respecté leur obligation de signaler certains faits.

La proposition initiale visait non plus l'ensemble des textes mentionnés à l'article L. 3115-1 mais seulement le règlement sanitaire international mentionné à cet article. Toutefois, constatant que l'article L. 3115-1 ne vise pas explicitement le règlement sanitaire international de 2005 mais, d'une manière plus large, les divers règlements sanitaires de l'OMS, ainsi que les arrangements internationaux, les lois et règlements « *intervenus ou à intervenir* », la commission des affaires sociales du Sénat a jugé nécessaire de faire plus clairement référence aux cas dans lesquels il y a obligation de déclaration auprès des autorités sanitaires, c'est-à-dire en application des articles L. 3115-2 et L. 3115-3 qui reprennent les principes du règlement sanitaire international de 2005.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 123 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'amendement vise à préciser le texte de l'article afin de ne pas faire obstacle à une indemnisation de l'exploitant du moyen de transport concerné.

Mme la rapporteure. Apparemment, rien n'empêche l'État de compenser les pertes subies par les transporteurs en cas d'attentat terroriste, par exemple. Je suis d'accord sur le fond, mais il faudrait une meilleure rédaction.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte l'article 11 sans modification.

Article 12

Dispense du consentement exprès des personnes concernées par le transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel déjà collectées par les établissements de santé

L'article 12, supprimé sur proposition de son rapporteur dès l'examen en commission des affaires sociales du Sénat, vise à remédier aux difficultés que de

nombreux établissements de santé éprouvent, pour des raisons de place, à conserver les dossiers médicaux sur support papier en leur sein en donnant une base législative au transfert de ces données auprès d'un tiers agréé. Il a pour objet de dispenser les établissements de santé de recueillir le consentement exprès des personnes concernées par le transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel collectées avant la date de promulgation de la présente proposition de loi.

1. Les difficultés rencontrées pour transférer à des tiers des données de santé à caractère personnel sur support papier

L'article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit dans le code de la santé publique un nouvel article L. 1111-8 qui ne traitait à l'origine que de l'hébergement des données informatisées de santé. Cet article autorisait les établissements de santé à « *déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet* ». Il précisait également que cet hébergement de données, qui doit être réalisé dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, « *ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée* ».

Sur le fondement de cet article, le ministère de la santé a souhaité, afin de remédier aux difficultés rencontrées par de nombreux établissements de santé pour conserver en leur sein les dossiers médicaux sur support papier de leurs patients, édicter un décret ouvrant la possibilité pour ces établissements de santé d'externaliser la conservation de leurs dossiers médicaux sur support papier. Le Conseil d'État avait alors cependant fait valoir que l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, qui fait référence à la CNIL et qui utilise explicitement le terme « hébergeur », attestait, en l'état, de la volonté du législateur de limiter cette externalisation aux seules données de santé informatisées.

À l'occasion de la loi HPST, le Parlement a donc adopté un amendement présenté par M. Yves Bur visant à étendre aux archives médicales sur support papier le droit d'hébergement chez un tiers agréé. L'article 21 de la loi HPST a ainsi modifié l'article L. 1111-8 du code de la santé publique afin d'étendre son champ d'application à « *l'hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique* ».

Le transfert à un tiers des données de santé à caractère personnel sur support papier ayant ainsi trouvé une base légale, un nouveau projet de décret, portant sur l'organisation de l'hébergement des données de santé à caractère personnel sur support papier fut présenté au Conseil d'État.

À l'occasion de la discussion de ce décret devant le Conseil d'État, la question du consentement des patients au transfert des dossiers papier à

l'hébergeur a été soulevée. En effet, le Gouvernement avait initialement envisagé de faire figurer dans le décret un article précisant que le consentement des patients en ce qui concerne le transfert des données de santé à caractère personnel actuellement hébergées dans les établissements publics de santé était réputé accordé. Or, le rapporteur du Conseil d'État a opposé qu'une telle disposition méconnaîtrait l'article L. 1111-8 du code de la santé publique puisque celui-ci dispose, dans son premier alinéa tel que modifié par l'article 21 de la loi HPST, que *« l'hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée »*.

Pour accepter que le consentement des personnes concernées soit réputé accordé pour ce qui concerne le transfert des données de santé à caractère personnel actuellement hébergées par les établissements de santé, il apparaît donc indispensable de modifier au préalable la base législative que constitue l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

2. La solution proposée par la proposition de loi

L'article 12 vise à surmonter cette dernière difficulté en introduisant dans la loi une sorte de présomption de consentement au transfert à un tiers de données de santé à caractère personnel.

En effet, l'obligation de recueil du consentement avant chaque transfert de données s'avérerait en pratique difficilement applicable. Devant le nombre considérable de mètres linéaires stockés et la difficulté, voire l'impossibilité matérielle, pour les établissements de santé de rechercher les patients dont la sortie a déjà été effectuée, de leur envoyer un formulaire afin de recueillir leur consentement exprès, de suivre les retours de ces formulaires, d'effectuer des relances et d'assurer un transfert sélectif pour les seuls dossiers pour lesquels un consentement a été donné expressément, l'article 12 limite la nécessité de recueillir un consentement exprès au transfert des données de santé à caractère personnel aux seuls patients qui seront admis postérieurement à la promulgation de la présente proposition de loi.

L'article 12 dispose ainsi que *« 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 promulgation 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 »*.

La rédaction proposée implique que toute personne ayant quitté l'hôpital avant la promulgation de la présente proposition de loi, que la rédaction de l'article 12 semble d'ailleurs confondre avec la date de son entrée en vigueur qui est celle de sa publication, serait réputée avoir consenti à l'externalisation de son dossier médical et ce *« quel qu'en soit le support »*, puisqu'il n'est pas fait de

distinction entre les données numérisées et les dossiers papiers. Le consentement requis par la loi ne serait donc plus demandé qu'aux personnes hospitalisées à la date de promulgation de la loi et postérieurement.

La commission des affaires sociales du Sénat a émis les plus vives critiques sur le dispositif retenu pour répondre au souhait des hôpitaux de se débarrasser des dossiers qu'ils jugent encombrants.

En effet, elle a estimé en premier lieu que l'article 12 porte « *atteinte à un droit de valeur constitutionnelle* ». À l'appui de sa démonstration, elle a indiqué que « *la décision du Conseil constitutionnel, sur la loi du 4 août 2004 relative à l'assurance maladie, a rappelé que « la liberté proclamée par l'article 11 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen implique le droit au respect de la vie privée ; que ce droit requiert que soit observée une particulière vigilance dans la collecte et le traitement des données à caractère personnel de nature médicale* ». De la même façon, elle a appelé l'attention sur le fait que « *le Conseil constitutionnel a également considéré, à propos du dossier médical personnel (DMP), que le renvoi aux dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, dont il résulte que l'hébergement des données et la possibilité d'y accéder seront soumis au consentement de la personne concernée, constituait un élément important de la conciliation, « qui n'apparaît pas manifestement déséquilibrée », opérée par le législateur entre les exigences constitutionnelles en cause* » (respect de la vie privée et des secrets relatifs à la santé de chacun et exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale).

La commission a également fait valoir que le dispositif retenu ne prend pas en compte « *la question du droit des patients d'accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit par des professionnels ou établissements de santé* » garanti par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

En conséquence, la commission des affaires sociales du Sénat a décidé de supprimer cet article qui lui semble porteur d'« *une très grave atteinte aux droits des très nombreux patients concernés* ».

Il convient toutefois de relativiser ces critiques en soulignant que tous les futurs patients devront continuer à donner expressément leur consentement à l'externalisation de leur dossier auprès du prestataire.

Pour les personnes ayant quitté l'hôpital avant la promulgation de la présente proposition de loi, la jurisprudence constitutionnelle impose certes que le droit au respect de leur vie privée requiert que soit observée une particulière vigilance dans le traitement des données à caractère personnel de nature médicale et fait du consentement de la personne concernée un élément « important » de la constitutionnalité du dispositif. Le Gouvernement fait toutefois valoir à juste titre que le décret en Conseil d'État n° 2011-246 du 4 mars 2011 relatif à

l'hébergement des données de santé à caractère personnel sur support papier et modifiant le code de la santé publique assortit d'ores et déjà de plusieurs garanties la dérogation au consentement exprès des patients.

Ce décret prévoit en effet, en premier lieu, de confier l'hébergement des données de santé à caractère personnel sur support papier à une personne physique ou morale bénéficiant d'un agrément octroyé par le ministre chargé de la culture. Par ailleurs, il encadre étroitement la relation entre l'établissement de santé et l'hébergeur en déterminant notamment de façon précise le contenu obligatoire du contrat de prestation.

On peut également penser que la sous-traitance des dossiers auprès des hébergeurs garantira dans bien des cas une meilleure conservation des dossiers que dans les établissements de santé et, par suite, assurera par une meilleure maîtrise des plans de classement, un meilleur accès du patient à son dossier.

*

M. Pierre Morange, président. Le Sénat a supprimé l'article 12.

La Commission examine l'amendement AS 196 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Il s'agit de rétablir la présomption de consentement au transfert à un tiers de données de santé à caractère personnel pour les patients dont la sortie a déjà été prononcée.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 est ainsi rétabli.

Article 12 bis (nouveau)

Article L. 1111-20 du code de la santé publique

Report du terme de l'expérimentation du dossier médical sur support portable

À l'initiative de M. Jean-Pierre Door, la commission des affaires sociales a inséré cet article qui concerne le dossier médical sur support portable.

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

En outre, les professionnels de santé qui travaillent ou choisiront de travailler dans les SISA ou les maisons de santé sont très demandeurs d'outils

efficacités de partage d'information. C'est en effet une meilleure circulation de l'information qui permettra d'aller encore plus loin en termes de qualité et de coordination des soins et d'évoluer vers une meilleure maîtrise de nos dépenses de santé en évitant notamment des actes redondants.

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

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 95 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'Assemblée nationale a adopté il y a quelques mois une proposition de loi relative à l'expérimentation du dossier médical sur tout support portable numérique sécurisé pour les patients atteints d'affections de longue durée. Afin de laisser au Sénat le temps de l'examiner, il convient de reporter au 31 décembre 2013 l'échéance de cette expérimentation.

Mme la rapporteure. Très favorable, car nous devons avancer sur le sujet du dossier médical personnel.

La Commission adopte l'amendement.

Article 13

(article L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale)

Fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides

L'article 13 de la proposition de loi, supprimé par le Sénat dès le stade de l'examen en commission, avait pour objet de donner au directeur général de l'agence régionale de santé d'Île de France la possibilité de fixer la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides (INI) afin de donner à l'ARS compétence sur l'ensemble des financements des établissements de santé situés dans son territoire.

Placée sous la tutelle du ministère de la défense et des anciens combattants et dirigée par un médecin général du service de santé des armées, l'INI résulte de la volonté de Louis XIV de construire « *un hostel royal pour y loger tous les officiers et soldats tant estropiés que vieux et caduques* » afin qu'« *ils passent le reste de leurs jours dans la tranquillité* ».

L'INI est ainsi chargée d'accueillir les vétérans victimes de lourds handicaps liés à des blessures de guerre (une quarantaine issus de la guerre 39-45, mais aussi d'Indochine, d'Algérie...) ou au poids des ans, et bénéficiaires des

dispositions de l'article L. 529 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. L'INI accueille aussi bien des militaires que des civils, hommes et femmes. Au total 91 chambres individuelles sont aménagées pour les patients. L'institution dispose également d'un centre médico-chirurgical qui dispense des soins, en hospitalisation ou en consultation, aux malades et aux blessés en vue de leur réadaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale. Par ailleurs, le centre d'études et d'appareillage des handicapés (CERAH) conduit des recherches sur l'appareillage et les aides techniques afin de favoriser l'autonomie des pensionnaires invalides.

L'article 13 visait à modifier l'article L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que les dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'INI sont aujourd'hui financées par une dotation à caractère limitatif dont le montant est fixé chaque année par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale⁽¹⁾. Tout en conservant le caractère limitatif de la dotation, il conférait au directeur général de l'ARS d'Île de France le pouvoir de fixer annuellement la dotation de l'INI au titre des dépenses d'hospitalisation de ses activités de soins, cette dotation n'étant désormais plus versée par la caisse nationale militaire de sécurité sociale mais par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement.

Par ailleurs, l'article 13 étendait à l'INI l'application de l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale définissant les conditions dans lesquelles est fixée par arrêté la tarification de base de certaines prestations.

Prenant en compte les spécificités des missions de l'INI rappelées par le rapport public annuel de la Cour des comptes de février 2008 dont un chapitre était consacré à « la gestion de l'Institution nationale des invalides » et le fait que la vocation de l'INI est nationale et non régionale, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cette disposition.

Cette suppression apparaît d'autant plus justifiée que l'ouverture de l'INI au monde non combattant reste limitée et que l'Institution se prépare à la réforme du mode de financement des dépenses de santé et à un passage à la tarification à l'activité. Il n'apparaît d'ailleurs pas que le Gouvernement ait l'intention de revenir sur la suppression de l'article 13.

*

M. Pierre Morange, président. Le Sénat a supprimé l'article 13. Je ne suis saisi d'aucun amendement visant à le rétablir.

La Commission maintient la suppression de l'article 13.

(1) Le service de santé des armées est quant à lui soumis à la T2A à 100% pour ses activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) depuis le 1^{er} janvier 2009.

Après l'article 13

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 13.

Elle examine d'abord les amendements identiques AS 35 de M. Jean-Luc Préel et AS 129 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Préel. La loi HPST a institué le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif – ESPIC – et prévu des dispositions transitoires pour les établissements de santé privés à but non lucratif. Il convient d'intégrer ces nouvelles références dans la rédaction de l'article 1382 C du code général des impôts. Cet amendement participe de la nécessaire démarche d'harmonisation fiscale.

Mme la rapporteure. Une disposition qui modifie le code général des impôts n'a pas sa place dans la proposition de loi. Du reste, une nouvelle exonération de taxe foncière ne paraît guère opportune dans la situation actuelle.

M. Dominique Tian. Par définition, l'administration fiscale ne peut être d'accord avec une proposition conduisant à une perte de recettes. Il n'en demeure pas moins que la différence de traitement entre établissements et services publics et privés non lucratifs pose un problème d'équité.

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS 158 de M. Christian Paul.

M. Jean Mallot. Il s'agit de prendre en compte des caractéristiques régionales dans la régulation prix-volume.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, elle est saisie de l'amendement AS 161 du même auteur.

M. Jean Mallot. Nous souhaitons que les crédits attribués à l'enveloppe MIGAC – missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation – ne soient pas gelés en 2011.

Mme la rapporteure. L'amendement est inutile, puisque le ministre s'est déjà engagé dans ce sens.

M. Jean Mallot. Curieux argument.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 120 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose de rétablir un équilibre dans les dispositions financières relatives aux échéances de la convergence tarifaire entre établissements publics de santé et établissements privé non lucratifs. La référence à l'échéance de renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue une inégalité de traitement au détriment de ces derniers établissements.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Il me paraît important de conserver une certaine souplesse et de laisser une liberté de choix à l'établissement.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 138 du même auteur.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Cela étant, la question du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est importante. Il ne serait donc pas inutile d'aller plus loin sur cette question très technique en consultant l'ensemble des représentants du secteur hospitalier.

M. Dominique Tian. Nous aurons ce débat dans l'hémicycle.

La Commission rejette l'amendement.

Article 14 A

(article L. 6133-3 du code de la santé publique)

Aménagement des dispositions relatives au Groupements de coopération sanitaire

L'article 14 A, inséré à l'initiative du rapporteur du Sénat, visait initialement à abroger les dispositions du code de la santé publique relatives aux groupements de coopération sanitaire (GCS) érigés en établissements de santé. Le Gouvernement a toutefois fait adopter en séance publique, contre l'avis du rapporteur, un amendement de réécriture globale de l'article 14 A visant d'une part à rétablir les articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique, relatifs à la catégorie des GCS érigés en établissements de santé de façon à ne pas compromettre l'avenir d'un certain nombre de projets de recomposition de l'offre de soins sur le territoire, et d'autre part à assouplir les possibilités de choix du statut juridique des GCS de moyens en rétablissant la possibilité pour les membres de GCS de moyens public-privé de choisir la nature juridique de leur groupement.

1. L'article 14 A visait initialement à supprimer les dispositions relatives aux groupements de coopération sanitaire érigés en établissements de santé

Inséré à l'initiative du rapporteur du Sénat, cet article visait à l'origine à répondre aux inquiétudes suscitées par les GCS érigés en établissements de santé en abrogeant les articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique qui précisent leur régime juridique.

a) La loi HPST a réformé le dispositif des groupements de coopération sanitaire en distinguant le GCS de moyens et le GCS érigé en établissement de santé

Créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, le GCS est une forme de coopération hospitalière destinée à favoriser le développement des coopérations inter-hospitalières public-privé.

L'ordonnance du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, a renforcé l'importance du GCS dans la coopération sanitaire afin de permettre aux acteurs de santé de disposer d'un moyen de droit adapté aux besoins de coopération sanitaire. Cette ordonnance a ainsi donné au GCS des compétences accrues, par exemple la possibilité d'être employeur ou d'assurer les missions d'un établissement de santé, et elle a introduit des dispositifs susceptibles de favoriser une meilleure coopération entre établissements publics et privés en permettant notamment aux membres du groupement de participer à la permanence des soins et de dispenser des soins à des patients de l'un quelconque des établissements membres du groupement.

Ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux organismes médico-sociaux, le GCS permet ainsi de développer des projets communs, de gérer des équipements communs (bloc, plateaux techniques...) et de réaliser des interventions communes de personnels.

Alors que l'ordonnance du 4 septembre 2003 avait mis en place six catégories différentes de GCS, la loi HPST, dans un esprit de clarification et de simplification a réformé le dispositif du groupement de coopération sanitaire en distinguant deux formes de coopération : le groupement de coopération sanitaire de moyens et le groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé.

• *Le groupement de coopération sanitaire de moyens (article L. 6133-1 à L. 6133-6 du code de la santé publique)*

La loi HPST a clarifié le statut du GCS de moyens, qui est un mode de coopération destiné aux établissements de santé publics ou privés, aux établissements médico-sociaux publics ou privés, aux centres de santé, aux pôles de santé ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux, et pouvant également accueillir d'autres professionnels de santé ou organismes sur autorisation du directeur général de l'ARS.

Tout GCS de moyens doit comprendre au moins un établissement de santé pour pouvoir être constitué.

Le GCS de moyens a pour objet :

– d'organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;

– de réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, et peut à ces fins être titulaire d'une autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;

– de permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

La création du GCS de moyens intervient après que le directeur général de l'ARS a approuvé la convention constitutive établie par les membres du groupement.

La loi HPST a également fixé les règles relatives à la détermination de la nature juridique du GCS de moyens. Ce dernier est une personne morale de droit public s'il est composé exclusivement d'établissements publics de santé – et, éventuellement, de professionnels de santé libéraux. De la même manière, il est doté de la personnalité morale de droit privé s'il comporte uniquement des établissements de santé privés. Si sa composition est mixte, la nature juridique des établissements représentant la majorité des apports financiers ou des participations aux charges de fonctionnement devient celle du groupement.

Une assemblée générale des membres du groupement constitue l'organe délibérant du GCS de moyens. Ses décisions sont mises en œuvre par un administrateur élu en son sein et qui « *représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice* ».

Le GCS de moyens constitue un instrument de coopération inter-hospitalière qui favorise la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent l'exercice d'une activité de soins, sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires.

• *Le groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé (articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique)*

Le GCS érigé en établissement de santé est l'une des nouveautés majeures de la loi HPST. Ce GCS – dit GCS « établissement de santé » – est un groupement titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Il s'agit d'une disposition novatrice dans la mesure où le code de la santé publique mentionnait jusqu'alors que le GCS pouvait seulement « *assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et à ce titre dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux* » et non détenir en son nom une autorisation. Désormais, les activités de soins et l'exploitation des équipements lourds du GCS sont autorisées dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues pour les établissements de santé, c'est-à-dire qu'elles doivent faire l'objet d'une autorisation par l'agence régionale de la santé qui est accordée lorsque le projet répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma d'organisation sanitaire, être compatibles avec les objectifs fixés par ce schéma ainsi qu'avec son annexe et satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

Un GCS de moyens est ainsi érigé en établissement de santé par décision du directeur général de l'ARS dès lors qu'il se voit délivrer au moins une autorisation d'activité de soins. Il peut par ailleurs l'être dès sa création, lorsque la décision du directeur de l'ARS approuvant sa convention constitutive et celle lui conférant une autorisation d'activité sont prises simultanément. Dans ces deux cas, le groupement de coopération devient alors un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Les modalités de détermination de son statut juridique, public ou privé, sont similaires à celles s'appliquant à un GCS de moyens (*cf. supra*).

Par ailleurs, l'article L. 6133-8 du code de la santé publique prévoit que, sous réserve de la décision du directeur général de l'ARS, le GCS « établissement de santé » peut choisir l'échelle tarifaire qui lui est applicable dès lors qu'il est composé, d'une part, d'établissements publics de santé ou d'établissements privés à but non lucratif et, d'autre part, d'établissements privés à but lucratif.

b) Le groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé a, dès l'origine, fait l'objet de critiques

Lors de l'examen de la loi HPST, le Sénat avait émis de sérieuses réserves sur la viabilité des « GCS-établissements de santé » en appelant l'attention sur les difficultés auxquelles l'entreprise pouvait se heurter.

Le rapporteur Alain Milon avait ainsi rappelé à cette occasion qu'un groupe de travail, formé en 1999 par l'inspection des affaires sociales et chargé de formuler des propositions permettant d'accroître la coopération entre public et privé, avait déjà examiné la possibilité de reconnaître au GCS la qualité d'établissement de santé avant de conclure qu'une « mutation du GCS » ne

fournirait pas une solution satisfaisante aux problèmes posés par la coopération entre les secteurs publics et privés.

Après avoir, déjà à l'époque, supprimé en commission les dispositions relatives aux groupements de coopération sanitaire érigés en établissement de santé, le Sénat avait cependant renoncé en séance publique à s'opposer à leur rétablissement.

« *Peu convaincue des potentialités de ce nouvel instrument* », qui fait un peu figure de « *monstre juridique* » et « *inquiète beaucoup les fédérations hospitalières au point que les coopérations public-privé sous la forme de GCS semblent aujourd'hui susciter des réticences* »⁽¹⁾, la commission des affaires sociales du Sénat, faisant état du fait que Jean-Pierre Fourcade, lors de son audition en tant que président du comité de suivi de la loi HPST, « *n'avait lui-même pas paru persuadé du caractère opérationnel de la formule du GCS-établissement* », a décidé d'abroger dès l'examen en commission les dispositions du code de la santé publique relatives aux GCS-établissement de santé.

2. Le Gouvernement a fait adopter en séance publique un amendement visant, d'une part, à rétablir le GCS érigé en établissements de santé, et, d'autre part, à rétablir la possibilité pour les membres de GCS de moyens public-privé de choisir la nature juridique de leur groupement

Le Gouvernement a toutefois fait adopter en séance publique, contre l'avis du rapporteur, un amendement de réécriture globale de l'article 14 A visant d'une part à rétablir les articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique, relatifs à la catégorie des GCS érigés en établissements de santé et, d'autre part, à assouplir les possibilités de choix du statut juridique des GCS de moyens en rétablissant la possibilité pour les membres de GCS de moyens public-privé de choisir la nature juridique de leur groupement.

a) La catégorie des GCS établissements de santé a été rétablie en séance publique

Comme l'avait déjà souligné le Gouvernement lors de l'examen de la loi HPST, la reconnaissance aux GCS titulaires d'autorisations d'activité de soins des droits et obligations des établissements de santé présente à la fois l'avantage de sécuriser les conditions de prise en charge des patients, puisque les GCS établissements définissent clairement les responsabilités en cas d'accident, et celui de simplifier les modalités de gestion de ces coopérations public-privé.

(1) *Le rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la mise en application 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, présenté par MM. Christian Paul et Jean-Marie Rolland, indique que sur 334 groupements de coopération sanitaire aujourd'hui recensés, seuls 29 sont titulaires d'au moins une autorisation de soins et qu'il apparaît qu'aucun GCS érigé en établissement de santé n'a encore été créé à ce jour dans les conditions prévues par la loi HPST.*

Si la catégorie des GCS établissements de santé disparaissait, le patient resterait engagé dans une relation juridique avec le seul établissement de santé membre et non avec le GCS, ce qui risquerait de freiner le développement des GCS.

En effet, puisque le GCS, agissant pour le compte de ses membres, ne serait pas titulaire de l'autorisation d'activité de soins, il ne pourrait pas facturer en son nom, ni à l'Assurance maladie, ni aux patients, l'activité qu'il réalise et ne serait donc pas identifié par l'Assurance maladie (ni par les banques et les assurances), comme un acteur de soins à part entière, ce qui rendrait sa place peu lisible. De plus, les membres du GCS n'auraient pas en interne de visibilité sur son activité totale et sur les montants facturés et ne pourraient pas mettre en relation en toute transparence les charges et les produits.

L'amendement du gouvernement prend acte de ces difficultés. Le rétablissement de la qualification d'établissement de santé attribuée aux GCS qui exercent une ou plusieurs activités de soins soumises à autorisation entraîne des conséquences importantes, comme la capacité pour les GCS de ce type de prendre en charge directement et en leur nom des patients ou la capacité de facturer des soins à l'assurance maladie. Il entraîne également l'application des règles relatives aux établissements de santé, notamment en matière de responsabilité, de gouvernance, de vigilance ou de représentation des personnels par exemple.

Il convient de souligner que M. Jean-Pierre Fourcade a voté cet amendement du gouvernement en considérant qu'il n'était pas opportun de supprimer les GCS-établissements de santé, un certain nombre de groupements ayant déjà été mis en place sur le terrain.

b) Les possibilités de choix du statut juridique des GCS de moyens sont assouplies

Comme on l'a vu, les règles de détermination de la nature juridique du GCS de moyens sont fixées à l'article L. 6133-3 du code de la santé publique. Celui-ci est une personne morale de droit public s'il est composé exclusivement d'établissements publics de santé – et, éventuellement, de professionnels de santé libéraux. De la même manière, il est doté de la personnalité morale de droit privé s'il comporte uniquement des établissements de santé privés. Si sa composition est mixte, la nature juridique des établissements représentant la majorité des apports financiers ou des participations aux charges de fonctionnement devient celle du groupement.

Par ailleurs, le statut juridique du GCS établissement de santé est déterminé par la nature juridique du GCS de moyens constitué antérieurement ou de manière concomitante, c'est-à-dire que les modalités de détermination du statut juridique public ou privé d'un GCS érigé en établissement de santé sont similaires à celles s'appliquant à un GCS de moyens.

Du statut juridique du GCS découle le régime juridique applicable au groupement en ce qui concerne la comptabilité, les personnels recrutés, les biens et le financement.

Le régime actuel de détermination de la nature juridique du GCS érigé en établissement de santé n'est pas sans poser des problèmes et explique la réticence des établissements de santé privés à intégrer un GCS « établissement de santé » en raison de la possibilité qu'il lui soit conféré un statut public, ce qui aurait pour double conséquence de faire disparaître les établissements privés de la gouvernance et de remettre en cause leur patrimonialité. En effet, par dérogation à la gouvernance des GCS (assemblée générale et directeur), les règles de fonctionnement des établissements publics de santé s'appliquent, moyennant certaines adaptations, aux GCS de droit public autorisés à exercer une ou plusieurs activités de soins et la composition du conseil de surveillance du GCS « établissement de santé », telle que prévue par l'article L. 6133-7 du code de la santé publique, ne prévoit ainsi pas de siège pour les personnes propriétaires des établissements de santé privés membres du groupement.

L'adhésion des établissements de santé privés à des GCS de moyens est également rendue moins attractive dans la mesure où il existe pour eux un risque qu'un GCS de moyens publics, se voyant attribuer une autorisation d'activité de soins, devienne un établissement public de santé, ce qui entraînerait des conséquences identiques à celles décrites précédemment sur la gouvernance et la patrimonialité des établissements privés.

À l'occasion du rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la mise en application de la loi HPST, les représentants des trois principales fédérations d'établissements de santé (FHF, FHP et FEHAP) se sont accordés pour souhaiter que soient assouplies les règles de détermination du statut public ou privé d'un groupement de coopération sanitaire et ont indiqué que l'examen de la proposition de loi de M. Jean-Pierre Fourcade modifiant certaines dispositions de la loi HPST pourrait être l'occasion privilégiée de modifier en ce sens les dispositions relatives au GCS.

Répondant à cette attente, l'amendement du Gouvernement, adopté avec l'avis défavorable de la commission des affaires sociales du Sénat, vise à rétablir le droit d'option tel qu'il avait été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale lors du vote de la loi HPST et supprimé ensuite par le Sénat.

Concrètement, le GCS constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée librement par les membres dans la convention constitutive.

Lors des auditions réalisées dans le cadre de la présente proposition de loi, la Fédération hospitalière de France (FHF) a fait part de son entière satisfaction devant les aménagements apportés au régime juridique des GCS tandis que la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), tout en soulignant les avancées positives réalisées, ont été extrêmement réservées sur le caractère opérationnel du recours au GCS établissement de santé dans le cadre de coopérations entre partenaires publics et privés et ont appelé de leurs vœux de nouveaux aménagements qui pourraient consister à rétablir la possibilité d'exploitation par les membres d'un GCS d'une autorisation d'activité de soins restant détenue par l'un de ses membres.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 124 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il concerne les groupements de coopération sanitaire – mais une fois de plus, le vrai débat aura lieu en séance publique.

Mme la rapporteure. Cet amendement très technique pose un certain nombre de questions : qui est le responsable de la prise en charge des patients ? Quel est le circuit de facturation ? Mais rétablir la possibilité d'exploitation par les membres d'un GCS d'une autorisation d'activité de soins restant détenue par l'un des membres, sans que le groupe soit pour autant titulaire de l'autorisation et érigé en établissement de santé, n'est pas, en dehors des cas d'expérimentation, conforme au droit des autorisations sanitaires.

En outre, la rédaction que vous proposez pour l'article remet en cause la possibilité pour les membres de GCS de moyens public-privé de choisir librement la nature juridique de leur groupement, un assouplissement pourtant salué par toutes les fédérations.

M. Dominique Tian. Le problème est que les agences régionales ne sont pas d'accord entre elles. Une harmonisation est nécessaire.

Mme la rapporteure. Il faut en débattre avec le ministre à partir d'exemples précis. Cependant, mon avis est défavorable en l'état.

La Commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette également l'amendement AS 126 du même auteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 57 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il convient de simplifier les dispositions relatives aux structures de coopération pour renforcer la stratégie de groupe. Cela s'applique aux GCS détenteurs d'autorisation de soins, qui ont désormais vocation à se transformer en établissements de santé. Je propose donc d'assouplir les modalités

de choix du statut juridique des GCS de moyens et des GCS détenteurs d'autorisation de soins.

Mme la rapporteure. L'amendement est satisfait : il ne fait que reprendre les termes du texte adopté par le Sénat.

L'amendement est retiré.

Puis, la Commission en vient à l'amendement AS 33 de M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement concerne les GCS de moyens, qui constituent des instruments de coopération.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, sur cet amendement comme sur le suivant : nous devons d'abord en débattre avec le ministre.

La Commission rejette l'amendement.

Elle rejette également l'amendement AS 34 du même auteur.

Puis elle adopte l'article 14 A sans modification.

Article 14 A bis (nouveau)

(article L. 1221-10 du code de la santé publique)

Autorisation donnée aux groupements de coopération sanitaires de créer un dépôt de sang

Cet article, introduit par un amendement de la rapporteure, vise à autoriser des groupements de coopération sanitaire (GCS) à créer un dépôt de sang.

Il s'agit ainsi notamment d'éviter l'ouverture de deux dépôts de sang contigus, dans des établissements de santé imbriqués physiquement ou, très proches géographiquement.

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

*

La Commission adopte l'amendement AS 199 de la rapporteure.

Article 14 A ter (nouveau)

(article L. 6122-18 du code de la santé publique)

Dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie

Cet article, issu d'un amendement présenté par MM Jean Léonetti et Yves Bur, a pour objet de mettre en place un régime d'autorisation expérimental par les agences régionales de la santé, sur la base du volontariat et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées.

Lors des débats autour du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Gouvernement a indiqué qu'une réflexion est en cours sur l'évolution du régime d'autorisation des équipements matériels lourds d'imagerie médicale – IRM, scanner, tomographie par émission de positons – sous la forme d'une autorisation d'activité de soins ou de plateau d'imagerie. L'idée est de permettre de regrouper dans une même autorisation plusieurs équipements déterminés en fonction du niveau de plateau requis, en lien avec la gradation de l'offre territoriale de soins en imagerie.

Il s'agit de favoriser la complémentarité, la substitution entre les techniques d'imagerie et la mutualisation des moyens et des équipes. Cette démarche d'élaboration d'un nouveau cadre réglementaire des conditions d'implantation applicables à l'imagerie – dispositions qui font actuellement défaut pour les équipements lourds – devrait aboutir à court terme, à horizon 2011-2012.

Compte tenu de ces perspectives extrêmement proches, la question de l'opportunité de la mise en place d'un régime expérimental d'autorisation pouvait être posée. Cet article va toutefois dans le sens d'une rationalisation de l'organisation des soins et d'une recherche de l'efficience.

*

La commission examine les amendements identiques AS 4 de M. Jean Leonetti et AS 60 de M. Jean-Luc Prével.

M. Yves Bur. Il convient d'organiser un dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie, afin de dépasser le clivage entre médecine de ville et hôpital et d'optimiser l'utilisation des installations.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement AS 60 a le même objet.

Mme la rapporteure. Lors de l'examen du PLFSS pour 2011, la ministre de la santé avait indiqué qu'une réflexion était en cours sur l'évolution du régime d'autorisation des équipements lourds – IRM, scanners et tomographie par émission de positons –, l'idée étant de permettre le regroupement de plusieurs équipements dans une même autorisation, en lien avec la gradation de l'offre territoriale de soins et d'imagerie. Cette démarche devrait aboutir à court terme, à

l'horizon 2011-2012. Il ne me paraît donc pas opportun de lancer une expérimentation sur ce sujet.

M. Yves Bur. Au contraire : il faut voter l'amendement pour que les choses avancent.

M. Pierre Morange, président. Quelquefois, il ne faut pas hésiter à « surlégiférer » pour faire avancer les choses.

Mme la rapporteure. Je m'en remets alors à la sagesse de la Commission.

La Commission adopte les amendements.

Après l'article 14 A

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 3 de M. Jean Leonetti et AS 59 de M. Jean-Luc Prél.

M. Yves Bur. Il est proposé de permettre aux établissements publics de santé et médico-sociaux de déterminer librement, au sein d'une communauté hospitalière de territoire, les conditions économiques des actes, prestations et services assurés entre les membres pour leur propre compte. Cela concerne en particulier les laboratoires de biologie médicale.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Je ne sous-estime pas l'importance des enjeux financiers, mais derrière la question des remises entre établissements de santé se pose celle de la nature de l'acte d'examen biologique. L'Europe ne manquerait pas l'occasion de remettre en cause le statut de professionnels de santé pour les biologistes, alors que nous voulons tout faire, au contraire, pour le préserver.

Néanmoins, il est vrai que la situation actuelle n'est pas supportable. Une réponse devra donc être apportée au moment de la ratification de l'ordonnance du 13 janvier 2010 et après une large concertation avec le secteur.

M. Dominique Tian. Cet amendement ne serait pas de nature à rassurer les biologistes, exaspérés par les menaces économiques auxquelles leur profession est confrontée. On les a beaucoup incités à se regrouper pour réaliser des économies d'échelle, mais aujourd'hui, de nombreux laboratoires ont disparu, et la profession est très inquiète. Il convient d'être prudent.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit précisément d'encourager les coopérations entre établissements.

M. Yves Bur. Si nous n'allons pas dans ce sens, les laboratoires seront fragilisés, dans la mesure où ils seront exclus des coopérations organisées au sein des établissements publics.

Mme la rapporteure. Il est vrai que la profession est fragilisée et que ses représentants sont exaspérés. J'insiste donc sur la nécessité de ratifier l'ordonnance sur la biologie médicale et de discuter avec l'ensemble des biologistes.

La Commission rejette les amendements.

Article 14

(article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles)

Groupement de coopération sociale ou médico-sociale

Cet article a pour objet de sécuriser le statut juridique des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)

Le GCSMS est aujourd'hui, à côté du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), un instrument pour restructurer le secteur social et médico-social, dans un contexte sociodémographique caractérisé par le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins en termes de prise en charge de la dépendance.

1. Des ambiguïtés juridiques

Si la loi HPST a conforté cet outil et élargi ses missions (création de réseaux sociaux et médico-sociaux, gestion, pour le compte de leurs membres, des activités de pharmacie à usage interne), les modifications de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, puis l'ordonnance de coordination du 23 février 2010, ont rendu plus complexe la réglementation relative aux GCSMS.

Dans un premier temps, l'article 124 de la loi HPST a étendu de manière limitée le champ des dispositions du code de la santé publique relatives aux groupements de coopération sanitaire applicables aux GCSMS. Il s'agit des dispositions figurant :

– aux premier et troisième alinéas de l'article L. 6133-3, au premier alinéa de l'article L. 6133-4 et à l'article L. 6133-6. Ces trois articles concernent le GCS dit « de moyens », c'est-à-dire la forme classique de coopération sanitaire ;

– à l'article L. 6133-8, qui fait référence au GCS dit « d'établissement », c'est-à-dire un groupement titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Dans ce cas, le groupement sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents.

En prévoyant l'application de l'article L. 6133-8 du code de la santé publique, la loi a introduit une ambiguïté sur la transposition ou non, au secteur social et médico-social, de la distinction entre GCS de « moyens » et GCS « établissements ».

Dans un second temps, l'article 18 de l'ordonnance du 23 février 2010 a rendu applicable aux GCSMS toutes les dispositions du code de la santé publique relatives aux GCS, sous réserve des dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Tout l'enjeu de ces récentes modifications réside donc dans la transposition ou non aux GCSMS de la distinction entre GCS « de moyens » et GCS « établissements ». Deux lectures de la réglementation sont possibles.

Une première lecture, qui s'en tient à la lettre de la loi, consiste à retenir une application limitée des articles du code de la santé publique. Il est en effet possible de considérer que le GCSMS assurant directement - à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres - l'exploitation d'une autorisation, ne peut se transformer automatiquement en établissement ou service social et médico-social, dans la mesure où il n'entre pas dans la liste des établissements et services énumérés par l'article L. 312-1 dudit code.

En outre, la loi étant seule en mesure de créer un tel établissement public conformément à l'article 34 de la Constitution, le renvoi au code de la santé publique opéré par l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ne saurait suffire à justifier de la transformation d'un GCSMS en établissement social ou médico-social. Les articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique, en ce qu'ils concernent exclusivement les GCS « établissements », ne sauraient donc être appliqués aux GCSMS.

La seconde lecture, qui correspond à l'esprit de la loi, revient, à l'inverse, à retenir une application générale des articles du code de la santé publique. Dès lors qu'ils assurent l'exploitation d'une autorisation, les GCSMS se transforment automatiquement en établissements sociaux ou médico-sociaux. Les articles L. 6133-7 et L. 6133-8, bien que concernant exclusivement les GCS « établissements », pourraient donc s'appliquer aux GCSMS.

2. La clarification proposée

Le présent article propose donc de clarifier le statut juridique des GCSMS en précisant que « *le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social* ».

En effet, à la différence des GCS « établissements » qui sont titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins (article L. 6133-7 du code de la santé publique), les GCSMS peuvent seulement exploiter l'autorisation ; ils n'en sont pas titulaires. Ils ne sauraient, dès lors, prétendre à la qualité d'établissement social ou médico-social.

La précision apportée par cet article vise donc à entériner la distinction entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux, titulaires d'une autorisation, et les GCSMS, qui peuvent être un mode d'exploitation de ces

établissements et services, mais qui ne s’y substituent pas. L’objectif est bien d’affirmer clairement qu’il n’existe, dans le secteur social et médico-social, que des GCSMS de « moyens ».

Comme le Sénat, la commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification.

*

La Commission est saisie de l’amendement de suppression AS I de M. Jean Leonetti.

M. Yves Bur. Le texte de l’article adopté au Sénat risque de compromettre les coopérations médico-sociales existantes.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. L’article a seulement pour objet de clarifier le statut des groupements de coopération sanitaire, pour lesquels la notion de GCSMS – groupement de coopération sociale et médico-sociale – n’a pas vraiment de sens compte tenu de la spécificité du régime d’autorisation prévu par le code de l’action sociale et des familles.

La Commission rejette l’amendement.

Elle **adopte** ensuite l’article 14 **sans modification**.

Article 14 bis

(article L. 6122-2 du code de la santé publique)

Prorogation des schémas régionaux d’organisation des soins

Cet article a pour objet de proroger les schémas régionaux d’organisation sanitaire de troisième génération à qui doivent succéder les schémas régionaux d’organisation des soins (SROS) d’ici la fin de l’année 2011.

Le I de l’article vise à proroger la durée de validité des schémas d’organisation des soins (SROS III) établis sur le fondement des dispositions législatives antérieures à la loi du 21 juillet 2009.

Il était en effet prévu que les SROS III, adoptés entre la fin de l’année 2005 et le début de l’année 2006, soient réexaminés dans le cours de leur cinquième année, c’est-à-dire en 2010, pour une adoption s’échelonnant, en fonction de la date d’échéance propre à chaque région, de décembre 2010 à juillet 2011.

La mise en œuvre de la nouvelle planification par les ARS est lancée avec un calendrier prévoyant la publication des nouveaux documents juridiques (projet régional de santé et schéma régional d’organisation des soins) pour fin 2011. Il n’est pas envisageable en pratique que les ARS travaillent parallèlement à réexaminer en totalité les SROS III qui ont perdu leur base légale et à élaborer les SROS-PRS.

Il y a aura donc un écart de plusieurs mois entre l'échéance des SROS III et l'adoption des SROS-PRS, créant ainsi une période de vide juridique dans les outils de régulation à la disposition des ARS.

Il est donc proposé de proroger la durée de validité des schémas d'organisation sanitaire établis sur le fondement des dispositions législatives antérieures à la loi du 21 juillet 2009.

Le 2° du I prévoit aussi la possibilité de réviser ces SROS dits de troisième génération et les SIOS (schémas interrégionaux d'organisation des soins) après la suppression de leurs bases légales antérieures et jusqu'à la publication des futurs schémas. En effet, la modification de circonstances de droit et de fait peuvent conduire à la nécessité, pendant cette période transitoire, de réviser sur un point particulier (par exemple pour donner un fondement à une opération de recomposition) les volets des SROS ou des SIOS.

Enfin, le 3° du I prévoit enfin que ces schémas d'organisation des soins demeurent opposables jusqu'à la publication des schémas d'organisation des soins établis en application de la loi HPST, afin de permettre la délivrance d'autorisations des soins pendant la période transitoire.

L'ensemble des volets des SROS III (y compris ceux adoptés récemment), ainsi que les modifications susceptibles d'être introduites pendant la période de prorogation) deviendront ultérieurement caducs à la publication des SROS-PRS.

Le II de l'article 14 *bis* vise à introduire une disposition permettant la cohérence des calendriers de publication du PRS et de renouvellement des CPOM.

Les dispositions actuelles de la loi HPST conduiraient à renouveler les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avant la publication du projet régional de santé, alors même que ces contrats constituent l'outil de mise en œuvre des orientations stratégiques du projet régional de santé.

Il est donc proposé d'introduire des dispositions transitoires afin de donner la possibilité aux agences régionales de santé de proroger les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en vigueur. Ainsi les contrats arrivant à échéance avant le 31 mars 2012 verraient leur durée prolongée dans un délai allant jusqu'à six mois après l'adoption du projet régional de santé.

En outre, il est proposé de réduire jusqu'à six mois avant l'échéance du contrat prorogé, le délai de dépôt de la demande de renouvellement, au lieu d'un an afin de rendre plus opérationnelle cette procédure.

Le III de l'article tend à réparer une erreur qui s'est produite du fait des nouvelles codifications de dispositions du code de la santé publique opérées par la loi HPST. Il rétablit une disposition, dont l'abrogation n'était pas envisagée, mais qui se trouvait dans le chapitre de la sixième partie de ce code relatif aux schémas d'organisation des soins – chapitre abrogé lors de la création dans la première

partie du code des dispositions relatives au Projet régional de santé (PRS). La disposition en cause devait être reprise dans le chapitre de la sixième partie relatif aux autorisations, ce qui a été omis. Rétablie, elle doit être assortie d'un principe de procédure contradictoire.

Sur le fond, il est de première importance de doter les agences régionales de santé d'un moyen opératoire leur permettant de mettre en œuvre les dispositions restructurantes d'un schéma d'organisation des soins, compris dans le PRS, nouvellement adopté, sans devoir attendre l'échéance naturelle (éventuellement 5 ans, au moment du renouvellement juridique des droits du titulaire) des autorisations qui ne répondent plus à ce SROS-PRS.

*

La Commission adopte successivement les trois amendements rédactionnels AS 180, AS 181 et AS 182 de la rapporteure.

*Elle **adopte** ensuite l'article 14 bis **modifié**.*

Après l'article 14 bis

La Commission est saisie de l'amendement AS 39 de M. Jean-Luc Préel portant article additionnel après l'article 14 bis.

M. Jean-Luc Préel. Il est nécessaire que l'ARS puisse s'appuyer sur les travaux effectués par les observatoires régionaux de santé, dont je défends le principe depuis très longtemps.

Mme la rapporteure. Avis défavorable sur cet amendement et les trois suivants. Lors de l'examen de la loi HPST, nous avons décidé de ne pas institutionnaliser ces observatoires, souvent de forme associative. Il n'y a pas de raison de changer de stratégie.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **rejette** ensuite successivement les amendements AS 40, AS 41 et AS 42 du même auteur.*

*Puis M. Jean-Luc Préel **retire** l'amendement AS 43.*

La Commission examine ensuite l'amendement AS 44 de M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Les conférences régionales de santé ne peuvent se contenter d'un rôle consultatif : elles doivent pouvoir se prononcer par un vote sur les propositions des agences régionales de santé.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Les conférences régionales de santé et de l'autonomie viennent tout juste d'être installées. Il serait contre-productif de déstabiliser les ARS en modifiant si tôt la nature de leurs missions.

M. Jean-Luc Prével. Il ne s'agit pas de déstabiliser qui que ce soit, mais d'améliorer la loi HPST. Beaucoup de ces conférences regrettent de ne pas jouer un vrai rôle.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette successivement les amendements AS 45 et AS 46 du même auteur.

Article 14 ter (nouveau)
(article L. 1434-3 du code de la santé publique)

Simplification de la procédure d'adoption des projets régionaux de santé

À l'initiative de la rapporteure, la commission des affaires sociales a adopté cet article 14 ter dont l'objet est de simplifier la procédure d'adoption des projets régionaux de santé.

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

La réalisation de cette consultation pose des problèmes pratiques considérables qui résultent du nombre de collectivités à consulter (entre 1.000 et 3.000 pour la majorité des agences régionales de santé), du volume des documents concernés (plusieurs centaines de pages) et du calendrier contraint par l'objectif de publication du projet régional de santé (PRS) avant fin 2011.

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

L'objet de cet article qui propose une nouvelle rédaction de l'article L. 1434-3 est donc :

- de permettre la publication sous forme électronique du projet de texte du PRS, offrant une large transparence et favorisant la concertation ;
- de faciliter la procédure d'avis en permettant aux communes intéressées de faire connaître leur avis à l'agence régionale de santé sans pour autant imposer une procédure excessivement lourde à l'agence ;
- de sécuriser le PRS au regard des contestations formelles et de procédures.

*

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 183 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. La procédure d'adoption des projets régionaux de santé est excessivement complexe, en particulier s'agissant de la consultation des collectivités locales. L'objet de cet amendement est donc de permettre la publication sous forme électronique du projet de PRS, de faciliter la procédure d'avis en permettant aux communes intéressées de faire connaître leur point de vue à l'ARS sans pour autant imposer une procédure excessivement lourde à l'agence, et de sécuriser le PRS au regard des contestations formelles et des procédures. Ainsi, nous éviterons les recours en nombre excessif ou inutiles.

La Commission adopte l'amendement.

Puis, M. Jean-Luc Prével retire l'amendement AS 47.

Article 15

(article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Cet article procède à une réécriture de la section IV du budget de la CNSA, relative à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service.

1. Le budget de la CNSA, une structure originale

Le budget de la CNSA se décompose en six sections distinctes selon des règles strictes de répartition et d'affectation de ressources et de charges, afin de présenter l'origine des produits et la destination des charges de la caisse par catégories de prestations fournies et de destinataires (personnes âgées en perte d'autonomie ; personnes handicapées) :

– la **section I** retrace les dépenses relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux ;

– la **section II** est destinée à financer les dépenses relatives à l'Apa ;

– la **section III** est consacrée aux dépenses liées à la prestation de compensation du handicap (PCH) et aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;

– la **section IV** vise à financer la promotion des actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation des métiers de services ;

– la **section V** regroupe les autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie (dépenses d'animation, de prévention et d'études, plans d'aide à la modernisation des établissements notamment) ;

– la **section VI**, enfin, retrace les frais de gestion de la caisse.

Les sections I, IV et V sont par ailleurs divisées en deux sous-sections distinctes afin de séparer les dépenses consacrées aux personnes âgées et celles consacrées aux personnes handicapées.

Ainsi, pour la section IV, la première sous-section « personnes âgées » retrace :

– en ressources, une fraction des recettes de CSG comprise entre 5 et 12 %, fixée à 5 % par arrêté ministériel pour 2011, contre 6 % pour 2009 ;

– en charges, le financement des dépenses relatives à la modernisation des services ou à la professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, les dépenses de formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux, ainsi que les dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services accueillant des personnes âgées.

La seconde sous-section « personnes handicapées » retrace :

– en ressources, une part de la fraction du produit de la contribution solidarité autonomie (CSA) et de la contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam) affectée à la sous-section I de la section I, relative au financement des dépenses des établissements et services accueillant des personnes handicapées, part fixée à 11,9 millions d'euros dans le budget 2011 ;

– en charges, le financement des dépenses relatives à la modernisation des services ou à la professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, les dépenses de formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux, ainsi que les dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services accueillant des personnes handicapées.

Au total, la section IV représente un peu plus de 69 millions d'euros de dépenses inscrites au budget. On notera néanmoins que la CNSA rencontre des difficultés pour dépenser ce budget puisque, fin 2010, les réserves de cette section s'élevaient à près de 124 millions d'euros. C'est pourquoi il a été décidé lors de la dernière loi de finances rectificative pour 2010 de prélever 75 millions d'euros sur ces réserves afin de financer une aide exceptionnelle aux départements connaissant des difficultés financières importantes du fait de la montée en charge de l'APA et de la PCH.

2. Le dispositif proposé

Le présent article propose de modifier le paragraphe IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles pour mettre fin à cette division en sous-sections. L'objectif affiché est d'une part, de mutualiser les financements attribués aux mêmes types d'actions quel que soit le public concerné, d'autre part, de simplifier les procédures administratives de la caisse.

En effet, il est impossible, dans une convention de modernisation conclue avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui intervient auprès des deux publics, d'isoler ce qui relève de la sous-section « personnes âgées » de la sous-section « personnes handicapées ». Or, la CNSA est aujourd'hui obligée de procéder à une telle répartition, sur une base statistique arbitraire qui n'a pas de sens budgétairement.

Par ailleurs, dans sa rédaction actuelle, le dernier alinéa du paragraphe IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles précise que les projets de modernisation des services et établissements, de professionnalisation ou de formation des personnels – financés par la section IV – doivent être agréés par l'autorité compétente de l'État qui recueille, le cas échéant, l'avis préalable de la CNSA.

Le présent article propose de supprimer cette procédure pour deux raisons :

– d'une part, l'obligation d'agrément national pour chaque projet est une procédure particulièrement lourde à mettre en œuvre ;

– d'autre part, la disparition des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) - auparavant chargées de délivrer cet agrément pour l'État -, rend nécessaire une telle mesure. Les agences régionales de santé (ARS), qui sont des établissements publics administratifs (EPA), ne peuvent en effet valider ces projets au nom de l'État.

Enfin, la rédaction proposée offre la possibilité à la CNSA, dans les cas prévus par décret, de subdéléguer aux ARS – qui ont la qualité d'ordonnateurs secondaires – l'exécution des dépenses relatives à la section IV. Les ARS devront alors rendre compte annuellement de la conformité de ces dépenses aux objectifs assignés à la section IV.

Il s'agit, par cette mesure, d'éviter que l'ensemble des dossiers, notamment ceux d'intérêt régional et infrarégional, ne soient traités par le niveau national. Elle s'inscrit dans une logique de déconcentration administrative.

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

La commission des affaires sociales, à l'initiative de la rapporteure, a réécrit le dernier alinéa de l'article afin de simplifier le circuit d'utilisation des crédits de cette section.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 190 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Il s'agit de simplifier le circuit de validation des projets financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre de la section IV de son budget.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 15 **modifié**.*

Article 16

(article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles)

Procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux

L'article 16 de la proposition de loi a pour objet de clarifier la procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux.

Rappelons que la loi HPST a inversé le sens de la procédure d'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux en passant d'une logique ascendante dans laquelle l'initiative vient du terrain à une logique descendante dans laquelle ce sont les pouvoirs publics qui prennent l'initiative en fonction de schémas répondant aux besoins de la population.

L'ensemble de la procédure d'appel à projet, entrée en vigueur le 1^{er} août 2010, a été détaillé par un décret du 26 juillet dernier. Un arrêté du 30 août 2010 a permis le lancement effectif de la nouvelle procédure en fixant le contenu minimal des dossiers déposés en réponse à un appel à projet. Dans une circulaire du 28 décembre 2010 enfin, la Direction générale de la cohésion sociale est venue apporter des précisions complémentaires.

Sont néanmoins exonérées de la procédure d'appel à projets d'une part les opérations de regroupement d'établissements ou de services, d'autre part les extensions inférieures à 30 % ou à 15 places ou lits par rapport à la capacité initialement autorisée de l'établissement, et, enfin, certaines transformations d'établissements.

Cette notion de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux est définie par le décret du 26 juillet 2010 précité comme correspondant « à la modification de la catégorie de bénéficiaires de

l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1 (du code de l'action sociale et des familles) ».

Par exemple, l'évolution d'un institut médico-éducatif (IME) en un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) n'est pas considérée comme une transformation proprement dite, dans la mesure où elle s'effectue au sein de la même catégorie de bénéficiaires, à savoir l'enfance handicapée, mentionnée au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

À l'inverse, un institut médico-éducatif qui deviendrait un foyer de jeunes travailleurs constitue bien une transformation au sens de la disposition réglementaire susmentionnée car il ne s'agit pas de la même catégorie de personnes prises en charge.

Le décret précise en outre qu'« *un changement de l'établissement ou du service ne comportant pas de transformation au sens de l'alinéa précédent n'est pas soumis à l'avis de la commission de sélection. Dans ce cas, il est porté à la connaissance de l'autorité ou des autorités ayant délivré l'autorisation* ».

Autrement dit, une transformation sans modification de la catégorie de bénéficiaires n'est pas soumise à la procédure d'appel à projet. Mais la rédaction est ambiguë : elle sous-entend que ce type de transformation, « *infra-catégorielle* », pourrait également être mis en œuvre sans autorisation préalable puisqu'elle est seulement portée à la connaissance de l'autorité délivrant l'autorisation.

Cette interprétation est corroborée par la lecture des dispositions législatives. Ainsi, le premier alinéa de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *les projets de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux sont autorisés par les autorités compétentes* ». Si le terme « *transformation* » s'entend au sens de « *modification de la catégorie de bénéficiaires* », les transformations « *infra-catégorielles* » sont de facto exclues de la procédure d'autorisation.

Une lecture combinée des dispositions législatives et réglementaires laisse donc supposer que les transformations sans changement de la catégorie de bénéficiaires sont non seulement exemptées de la procédure d'appel à projet mais également de l'autorisation délivrée par la ou les autorités compétentes.

Aussi, le présent article a pour objet de lever toute ambiguïté juridique. Il propose de compléter l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles par un III afin d'énoncer clairement que « *les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge sont exonérées de la procédure d'appel à projet* ». Ces opérations ne sont, en revanche, pas exemptées de la procédure d'autorisation préalable.

Par ailleurs, le 2° de l'article complète le II de l'article L. 313-1-1 en précisant que les regroupements d'établissements échappent à la procédure d'appel à projets s'ils ne se traduisent pas par une modification de la catégorie de bénéficiaires.

Cet article a été adopté sans modification par le Sénat.

La commission des affaires sociales a apporté deux modifications à cet article :

– elle a d’abord souhaité réintégrer les services d’addictologie dans le droit commun du régime des autorisations prévu par le code de l’action sociale et des familles (le I de l’article) ;

– elle a ensuite autorisé les établissements et services privés non lucratifs à saisir directement le juge aux affaires familiales, à l’instar des établissements et services sociaux et médicaux sociaux publics, afin de percevoir les montants correspondant à la prise en charge de leurs résidents (le III de l’article).

*

La Commission examine l’amendement AS 184 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement propose de réintégrer les services d’addictologie dans le droit commun du régime des autorisations prévu par le code de l’action sociale et des familles.

La Commission adopte l’amendement.

Elle en vient ensuite à l’amendement AS 36 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. L’amendement concerne l’application de la procédure d’appel à projets aux transformations d’établissements.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette l’amendement.

Elle adopte ensuite l’article 16 modifié.

Après l’article 16

La Commission examine l’amendement AS 131 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il s’agit de simplifier l’évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Le développement de cette évaluation, prévu par la loi HPST, est indispensable pour garantir la qualité des services. L’évaluation ne peut porter que sur les établissements eux-mêmes, non sur la structure juridique qui les gère.

M. Dominique Tian. Pourquoi imposer la répétition du même travail administratif à des établissements ayant le même gestionnaire ? Il y a moyen de réaliser des économies administratives et financières importantes.

Mme la rapporteure. Lorsqu'une association est gestionnaire de plusieurs établissements, ce qui compte, c'est la qualité des soins qui y sont rendus, pas celle de la gestion de l'association qui les regroupe – d'autant qu'elle peut avoir son siège dans une autre région. Le problème vient de la rédaction de l'amendement.

M. Dominique Tian. L'amendement précise que les établissements doivent relever du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

M. Pierre Morange, président. D'une part, il est nécessaire d'évaluer la qualité des soins dans les établissements médico-sociaux ; de l'autre, une mutualisation des fonctions support permettrait de réduire les coûts de fonctionnement des réseaux d'établissements. Je vous suggère d'élaborer avec la rapporteure une nouvelle rédaction, susceptible de concilier ces deux objectifs.

M. Dominique Tian. Sur le plan administratif, analyser les problèmes établissement par établissement constitue une perte de temps.

Mme la rapporteure. Votre proposition paraît compliquée à réaliser compte tenu de l'organisation des établissements. En outre, l'évaluation porte sur les soins directement prodigués aux patients. On peut prévoir un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens commun à plusieurs établissements, mais cela n'a rien à voir avec le contrôle qui y sera effectué.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 136 du même auteur.

M. Dominique Tian. Il convient de lutter contre la complexité inutile en matière de tarification.

Mme la rapporteure. Le code de l'action sociale et des familles prévoit déjà que les conventions collectives ne sont agréées par le ministre qu'après avis de la Commission nationale d'agrément, en tenant compte des dotations limitatives de crédits. Tel qu'il est rédigé, l'amendement paraît donc difficile à appliquer.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 135 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Le médecin coordonnateur ou le représentant légal de l'établissement doit pouvoir être entendu lors de l'évaluation de la perte d'autonomie de ses résidents.

Mme la rapporteure. Je comprends l'esprit de simplification qui sous-tend cet amendement. Mais on pourrait nous accuser de vouloir soumettre à une logique comptable l'évaluation de la santé du malade, ce qui serait faux. Il est indispensable qu'un médecin soit présent lors de cette évaluation.

M. Dominique Tian. Mon amendement ne cite pas le directeur, mais le représentant légal de l'établissement. Et cette évaluation a d'importantes conséquences financières.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 51 de M. Jean-Luc Préel et AS 134 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Préel. Le législateur a prévu un droit de saisine directe du juge aux affaires familiales pour permettre aux établissements et services sociaux et médicaux sociaux publics de percevoir les montants correspondant à la prise en charge de leurs résidents. Les établissements et services privés non lucratifs, eux, ne peuvent se prévaloir de ce droit. L'objet du présent amendement est de réparer cette anomalie.

Mme la rapporteure. Avis favorable, sous réserve d'insérer le texte des amendements dans le corps de l'article 16.

La Commission adopte les amendements ainsi rectifiés.

Article 16 bis A (nouveau)

(article L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques

Cet article, adopté par la commission des affaires sociales à l'initiative de la rapporteure, a pour objet de réaffirmer le droit existant concernant la prise en charge des frais de transports des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

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

Or, depuis plusieurs années, des familles sont confrontées à des difficultés : prétextant l'absence de base législative, les CPAM refusent en effet de prendre en charge ces frais de transport.

Or le 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale prévoit bien la prise en charge totale ou partielle par l'assurance maladie des frais de transport en lien avec des soins pour les enfants et adolescents handicapés. Il est alors fait application du dispositif de l'entente préalable auprès du Médecin Conseil de l'assurance maladie.

En réponse à un courrier de l'ANECAMSP le 18 octobre 2009, Madame MORANO, alors secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité avait confirmé cette interprétation et estimé que la CNAMTS avait cessé le remboursement des frais de transport sur la base d'une analyse juridique qui était manifestement erronée.

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

Afin de lever toute ambiguïté et donc divergence d'interprétation préjudiciable au citoyen et ce conformément aux orientations des travaux menés par la CNSA en 2009, l'article 16 *bis* A précise donc la rédaction du 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

*

La commission est saisie des amendements identiques AS 185 de la rapporteure et AS 38 de M. Jean-Luc Prével.

Mme la rapporteure. Il convient de rappeler le droit existant qui confie à l'assurance maladie le soin de prendre en charge les frais de transport des enfants fréquentant les centres d'action médico-sociale précoce – CAMSP – et les centres médico-psycho-pédagogiques – CMPP.

La Commission adopte les amendements.

En conséquence, les amendements AS 49 de M. Jean-Luc Prével, AS 132 de M. Dominique Tian, AS 50 de M. Jean-Luc Prével et AS 133 de M. Dominique Tian sont satisfaits.

Après l'article 16

La Commission examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS 5 de M. Jean Leonetti et AS 62 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. En matière d'autorisation, il convient de supprimer la procédure d'appel à projets, très complexe, et qui fait obstacle à la création d'établissements dans le secteur social ou médico-social.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Il est trop tôt pour faire le bilan de la procédure d'appel à projets.

La Commission rejette successivement les deux amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS 159 de M. Christian Paul.

Mme Catherine Lemorton. L'obligation de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit être supprimée. En effet, la contrepartie de cette mesure aurait dû être la pérennisation de l'enveloppe dédiée à l'aide à la contractualisation et l'augmentation de son montant. Or, cette enveloppe a été supprimée en 2010.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Les CPOM sont des outils de modernisation du secteur médico-social que l'on ne saurait rejeter *a priori*. Il est tout à fait normal que les financeurs assignent des objectifs aux opérateurs de terrain et s'efforcent d'optimiser les ressources publiques.

La Commission rejette l'amendement.

Article 16 bis

(article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles)

Schémas d'organisation sociale et médico-sociale

L'article 16 *bis* de la proposition de loi vient combler un trou dans les dispositifs de concertation prévus depuis la loi HPST pour l'élaboration des différents schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Les schémas élaborés par l'État, les conseils généraux ou les Agences régionales de santé font tous, l'objet de concertations selon des modalités variées : au sein du Comité national d'organisation sanitaire et sociale au niveau national, des conférences régionales de la santé et de l'autonomie au niveau régional, et dans des structures *ad hoc* au niveau départemental.

Par contre, les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), qui ont été supprimés par la loi HPST, n'ont pas été remplacés dans leur fonction consultative en ce qui concerne les établissements dont les schémas sont élaborés par le préfet de région (2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles). Il s'agit des centres d'accueil des demandeurs d'asile (13° du I de l'article L. 312-1) et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs (14° du I du même article) et ou d'aide à la gestion du budget familial (15° du I du même article).

Or ce déficit de concertation pour l'élaboration des schémas concernant ces établissements est particulièrement dommageable dans le nouveau dispositif d'appel à projets mis en place par la loi HPST. Les appels à projet devant découler

des priorités établies dans les schémas, il est indispensable que les principaux acteurs du secteur soient directement associés à l'élaboration du schéma.

C'est pourquoi le Sénat a adopté un amendement du groupe socialiste, avec avis favorables de la commission et du Gouvernement, devenu l'article 16 bis qui prévoit que « *ces schémas sont arrêtés après consultation des unions, fédérations, et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services dans des conditions définies par décret* ».

*

La Commission adopte l'article 16 bis sans modification.

Après l'article 16 bis

La Commission est saisie de l'amendement AS 37 de M. Jean-Luc Prével portant article additionnel après l'article 16 bis.

M. Jean-Luc Prével. Depuis la suppression des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, les schémas régionaux portant sur les CADA et les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ne font plus l'objet d'une concertation. Le présent amendement vise à réparer cette omission.

Mme la rapporteure. L'amendement est satisfait, puisqu'il reprend les termes du texte adopté par le Sénat à l'article 16 bis.

La Commission rejette l'amendement.

Article 17

(article L. 1434-7 du code de la santé publique)

Développement des alternatives à l'hospitalisation et des dialyses à domicile

L'article 17, introduit par un amendement en commission proposé par Mmes Marie-Thérèse Hermange et Sylvie Desmarescaux, tend à compléter l'article L. 1434-7 du code de la santé publique afin de prévoir que le schéma régional d'organisation des soins (SROS) favorise le développement des alternatives à l'hospitalisation et des activités de dialyse à domicile.

On rappellera que le SROS, défini à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique résultant de l'article 118 de la loi HPST, participe du projet régional de santé et a pour objet de « *prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique* ».

Le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation présente un intérêt indéniable tant en terme financier que pour le bien-être des patients.

De la même façon, le développement des dialyses à domicile présente l'avantage d'être une solution positive, à la fois en termes de confort pour les patients, notamment les plus âgés, et en termes d'économies pour le système de santé. Le développement au sein des SROS des activités de dialyse à domicile doit d'autant plus être encouragé qu'on observe des disparités très importantes entre les traitements suivis selon les régions. Si le taux moyen national d'hémodialyse à domicile est de l'ordre de 8 à 10 %, il est beaucoup plus élevé dans certaines régions comme la Franche-Comté.

Le Parlement avait déjà adopté, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, un article 56, introduit à l'initiative du Gouvernement, et un article 57, voté à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, précisant que le SROS doit respectivement favoriser le développement des modes de prises en charge alternatifs à l'hospitalisation et organiser celui des activités de dialyse à domicile.

Dans sa décision DC n° 2010-620 rendue le 16 décembre 2010, le Conseil constitutionnel avait toutefois déclaré les articles 56 et 57 contraire à la Constitution en estimant que ces dispositions n'avaient pas d'effet ou avaient un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et que, par suite, elles ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

L'article 17 reprend donc aujourd'hui à l'identique des dispositions déjà adoptées par le Parlement lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 mais qui avaient été censurées pour des raisons purement formelles.

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

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

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

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

*

La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS 200 de la rapporteure.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Je comprends que le Sénat ait souhaité mettre l'accent sur la dialyse à domicile, en tant que mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation. Je ne suis cependant pas favorable à ce que la loi énumère les différentes techniques médicales visées. Outre qu'elle alourdirait le texte, une telle liste ne pourrait jamais être exhaustive, au risque donc d'exclure les soins qui ne seraient pas expressément cités. Cet article serait, au final, source de confusion. D'où mon amendement de suppression.

Mme Martin Carrillon-Couvreur. Je comprends votre objection. Mais il faut répondre aux difficultés que rencontrent dans nos territoires les patients dialysés et améliorer les modes de prise en charge alternatifs comme la dialyse à domicile.

M. Guy Lefrand. Nous avons déjà longuement débattu de ce sujet lors de l'examen de la loi HPST. Alors que l'hospitalisation à domicile stagne aujourd'hui dans notre pays, il faut rappeler l'importance de développer les alternatives à l'hospitalisation. Tous les professionnels de santé nous demandent de faciliter le développement des dialyses à domicile. Je suis donc plutôt défavorable à cet amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Article 17 bis (nouveau)

(article L. 5134-1 du code de la santé publique)

Compétence des sages-femmes en matière de contraception

À l'initiative de Mme Bérengère Poletti et de la rapporteure, la commission des affaires sociales a adopté un article 17 *bis* visant à préciser la compétence des sages-femmes en matière de contraception.

En effet, la rédaction actuelle de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, issue de la loi HPST, réserve la surveillance et le suivi biologique des prescriptions de contraception locale ou hormonale au médecin traitant alors même que ce même article autorise les sages-femmes à prescrire ce type de contraception.

L'article 17 *bis* propose donc de supprimer l'attribution exclusive de ces fonctions de surveillance et de suivi au seul médecin traitant afin de mettre effectivement en œuvre le transfert de compétences aux sages-femmes, voulu par la loi HPST, en matière de délivrance d'une contraception locale et hormonale. Restreindre ce transfert ne paraît pas justifié dès lors qu'un bon niveau de sécurité peut être assuré aux femmes par les sages-femmes elles-mêmes, au-delà du suivi de la grossesse et de l'accouchement.

*

La Commission est saisie des amendements identiques AS 80 de Mme Bérengère Poletti et AS 157 de M. Christian Paul.

Mme Bérengère Poletti. Nous avons, lors de l'examen de la loi HPST, adopté un amendement autorisant les sages-femmes à prescrire une contraception. Adoptée par le Sénat, notre proposition a, hélas, été modifiée en CMP, marquant un retour en arrière. Nous étions revenus à notre proposition initiale dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Mais le Conseil constitutionnel a censuré la disposition, jugeant qu'elle constituait un cavalier législatif. Je reviens donc à la charge aujourd'hui, pour la troisième fois.

Mme la rapporteure. Avis favorable. J'ai d'ailleurs cosigné cet amendement.

La Commission adopte les amendements AS 80 et AS 157.

Article 18

(article L. 5125-15 du code de la santé publique)

Regroupement de pharmacies d'officine

L'article 18 de la proposition de loi vise à assouplir les conditions d'ouverture d'une pharmacie dans les communes où a eu lieu le regroupement d'autres officines, ainsi que dans les communes qui lui sont limitrophes. Cet article est issu d'un amendement du rapporteur de la commission des affaires sociales adopté par le Sénat malgré l'avis défavorable du Gouvernement.

1. La réforme de 2008

On dénombre au 1^{er} janvier 2010, 22 386 officines métropolitaines, soit en moyenne une officine pour 2 849 habitants. Ces officines sont la propriété de 28 073 pharmaciens titulaires.

L'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a réformé substantiellement les règles en matière de création d'officines de pharmacie : il les a rendues plus contraignantes, tout en favorisant les possibilités de transferts et de regroupements.

Ainsi, l'article L. 5125-15 du code de la santé publique prévoit :

– dans son premier alinéa, que plusieurs officines peuvent être regroupées en un lieu unique, à la demande de leurs titulaires ;

– dans son quatrième alinéa, que les licences libérées à la suite d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes sont prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour le calcul des quotas d'ouverture d'autres officines, ce pour une durée de 5 ans.

Ce gel pendant cinq ans des licences d'officine dans la commune de regroupement, même dans le cas où les conditions de seuil fixées à l'article L. 5125-11 permettraient, en principe, une nouvelle ouverture de pharmacie avait pour but d'empêcher qu'une pharmacie concurrente ne vienne s'installer dans la commune de regroupement, et compromette ainsi l'équilibre économique des pharmacies regroupées.

Ce gel de cinq ans, initialement de dix dans le projet de loi déposé par le Gouvernement et valant aussi pour les communes d'origine des officines regroupées, avait fait l'objet et de longs débats au Parlement et la solution retenue au final avait semblé trouver un équilibre entre la volonté de favoriser les regroupements et le souhait de ne pas empêcher totalement l'arrivée de nouveaux entrants dans ce marché.

On notera que le nombre d'officines concernées par un regroupement est relativement : 35 regroupements seulement ont eu lieu en 2009.

2. Des difficultés d'interprétation

Techniquement, ce gel se traduisait au dernier alinéa de l'article L. 5125-11 par la prise en compte des licences libérées pour évaluer le nombre de licences autorisées en fonction de la population de la commune.

Des divergences d'interprétation sont néanmoins apparues sur le point de savoir si la licence issue du regroupement devait être comptabilisée elle aussi. Dans cette hypothèse, lorsque deux officines se regroupent, elles sont comptabilisées non comme deux pharmacies mais comme trois, pour l'application des quotas.

C'est pour lever cette ambiguïté que, lors du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, Jean-Pierre Door a déposé un amendement rerédigeant la première phrase de cet alinéa, amendement qui a été adopté par l'Assemblée nationale. Au Sénat, le texte a été ensuite légèrement modifié à l'initiative du Gouvernement. Cet article 58 du texte adopté par le Parlement a néanmoins été censuré par le Conseil constitutionnel qui a considéré qu'il s'agissait d'un cavalier social.

L'article 18 de la proposition de loi constitue une simple reprise du dispositif adopté par le Parlement lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

*

La Commission examine l'amendement AS 173 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement tend à supprimer l'article 18 précisant les dispositions de l'article L 5125-15 du code de la santé publique relatives aux modalités de comptabilisation des licences dites « libérées ».

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Nous avons déjà adopté les dispositions de cet article lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui furent confirmées au Sénat avec l'accord du Gouvernement, avant d'être censurées par le Conseil constitutionnel. Cela ne concerne d'ailleurs que très peu d'officines, 35 seulement ayant fait l'objet d'un regroupement en 2009. Enfin, les syndicats de pharmaciens ne sont pas unanimes sur le sujet.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 53 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement tend à clarifier les règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques définies par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le dispositif prévu est trop imprécis. Il est ainsi arrivé que lorsque deux officines se regroupent, elles soient comptabilisées non comme deux pharmacies, mais comme trois, pour l'application des quotas.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Cet amendement est satisfait.

L'amendement AS 53 est rejeté.

La Commission examine l'amendement AS 186 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Soumis à l'exercice personnel dans son officine, tout pharmacien titulaire, qu'il exerce seul ou en société, doit pouvoir exercer d'autres activités pharmaceutiques spécialisées. Cet amendement tend à rétablir l'égalité entre pharmaciens titulaires, quel que soit leur mode d'exercice.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 18 modifié.

Après l'article 18

La Commission examine l'amendement AS 103 de M. Guy Malherbe, portant article additionnel après l'article 18.

M. Guy Malherbe. Cet amendement reprend une disposition relative aux règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques, adoptée lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, avec l'accord du Gouvernement, mais ultérieurement censurée par le Conseil constitutionnel au motif qu'elle constituait un cavalier législatif.

Mme la rapporteure. L'amendement, comme celui de M. Prétel précédemment, est satisfait par l'article 18 lui-même.

Mme Catherine Lemorton. Quoi que vous en disiez, l'article 18 va à l'encontre de ce qui avait été décidé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Ses dispositions interdisent de fait certains regroupements, comme on le constate sur le terrain.

L'amendement est rejeté.

La Commission est saisie des amendements identiques AS 54 de M. Jean-Luc Prétel et AS 102 de M. Guy Malherbe, portant article additionnel après l'article 18.

M. Jean-Luc Prétel. Cet amendement a pour objet de légaliser, sous condition, les rachats de clientèles. Il précise que la cessation d'activité d'une officine, qui entraîne la caducité de la licence, peut être générée par le rachat de l'officine par un ou plusieurs autres pharmaciens.

Mme la rapporteure. Cet amendement est inutile en l'état actuel de la législation. Le rachat des fonds, quelle que soit la situation locale au regard des quotas d'officine, est d'ores et déjà possible en toute liberté et ne peut être assimilé à un regroupement. Les rachats avec restitution de licence constituent la grande majorité des opérations de restructuration du réseau.

La Commission rejette les amendements AS 54 et AS 102.

Elle en vient à l'amendement AS 101 de M. Guy Malherbe, portant article additionnel après l'article 18.

M. Guy Malherbe. Cet amendement tend à supprimer la deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L 5125-17 du code de la santé publique.

Mme la rapporteure. Il est satisfait par l'amendement AS 186 adopté à l'article 18.

L'amendement est retiré.

La Commission examine l'amendement AS 100 de M. Guy Malherbe, portant article additionnel après l'article 18.

M. Guy Malherbe. Cet amendement tend à supprimer la possibilité de remplacement d'un pharmacien titulaire d'officine par un étudiant en pharmacie.

Mme la rapporteure. J'en comprends mal la motivation. S'il y avait le moindre risque sanitaire, la mesure aurait déjà été prise. Par ailleurs, la formation initiale des étudiants en pharmacie pâtirait de ce qu'ils ne puissent plus faire de remplacements en officine.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS 55 de M. Jean-Luc Prével, portant article additionnel après l'article 18.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement permettrait que ne soit plus obligatoire pour chaque établissement de santé de disposer d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), lorsque les établissements sont membres d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Il est d'ores et déjà possible qu'une PUI soit placée au niveau d'un GCS.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS 174 de Mme Catherine Lemorton, portant article additionnel après l'article 18.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement vise à étendre aux pharmaciens d'officine le droit d'opposition majoritaire instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il n'y a pas de raison que les pharmaciens soient exclus du droit d'opposition à l'encontre des conventions conclues avec l'assurance maladie, que se sont vu reconnaître les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux. Il y va de l'égalité entre professions de santé.

Mme la rapporteure. Je suis ennuyée. Je comprends votre souci et n'ai pas d'opposition de principe à l'extension du droit d'opposition majoritaire. Mais ce sujet sera au cœur des débats de la négociation de la nouvelle convention entre pharmaciens et assurance maladie, l'actuelle expirant en juillet prochain. Il me paraît délicat de modifier les règles du jeu ainsi juste avant cette renégociation, sans qu'une concertation approfondie ait eu lieu avec la profession. Je m'en remets à la sagesse de la Commission.

La Commission rejette l'amendement.

Article 19

(article L. 6147-9 du code de la santé publique)

Service de santé des armées

L'article 19, issu du vote à l'unanimité des présents d'un amendement en séance publique présenté par M. François Trucy, avec avis favorable de la commission et du gouvernement, vise d'une part à étendre à l'ensemble du service de santé des armées (SSA) la possibilité donnée aux hôpitaux des armées de participer aux réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et, d'autre part, à permettre également au SSA d'être associé aux groupements de coopération sanitaire de moyens prévus par l'article L. 6133-1 du code de la santé publique.

L'article 19 procède à une réécriture globale du second alinéa de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique qui dispose actuellement que les hôpitaux des armées *« peuvent participer aux réseaux de soins prévus à l'article L. 6321-1 »*.

Cette modification vise, en premier lieu, à substituer la notion de « réseau de santé » à celle de « réseaux de soins », afin de mettre en conformité l'article L. 6147-9 avec l'article L. 6321-1 du code de la santé publique qui institue les réseaux de santé.

On rappellera qu'aux termes de cet article inséré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *« les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers »*.

Si les hôpitaux des armées pouvaient déjà participer aux réseaux de santé, la réécriture globale du second alinéa de l'article L. 6147-9 vise, en second lieu, à étendre à l'ensemble du SSA, et non aux seuls hôpitaux des armées, la possibilité de participer aux réseaux de santé. En effet, outre ses neuf hôpitaux, le SSA comporte également en son sein quatre écoles, un institut de recherche biomédicale et cinq centres de ravitaillement qui emploient au total plus de 15 600 personnes, dont plus de 2 000 médecins y compris les internes et 4 500 infirmiers.

Enfin, l'article 17 ouvre pour les hôpitaux des armées, mais également pour les autres éléments du SSA, la possibilité nouvelle d'être associé aux

groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens, mode privilégié de coopération consacré par la loi HPST.

Un GCS de moyens est un mode de coopération destiné aux établissements de santé publics ou privés, aux établissements médico-sociaux publics ou privés, aux centres de santé, aux pôles de santé ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux, et pouvant également accueillir d'autres professionnels de santé ou organismes sur autorisation du directeur général de l'ARS. Tout GCS de moyens doit comprendre au moins un établissement de santé pour pouvoir être constitué.

Le GCS de moyens a pour objet :

– d'organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;

– de réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, et peut à ces fins être titulaire d'une autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;

– de permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

De façon à être compatible avec la « *mission prioritaire de soutien des forces armées* » des hôpitaux des armées et plus généralement du SSA, rappelée à l'alinéa 1^{er} de l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, l'article 17 précise que la participation des hôpitaux des armées ou d'autres éléments du SSA à des réseaux de santé ou à des GCS se fera sans préjudice de cette mission prioritaire. Elle devra donc à cette fin être soumise à autorisation du ministère de la défense, de façon à réaffirmer dans la loi la nécessaire maîtrise dont doit disposer le ministre de la défense sur les moyens relevant de son autorité.

En effet, si l'article R. 6112-1 du code de la santé publique prévoit que « *le service de santé des armées participe au service public hospitalier* », si la population civile représente aujourd'hui plus de 90 % des journées d'hospitalisation et si le décret du 15 juillet 2009 relatif aux attributions du ministre de la défense précise que celui-ci « *définit les conditions de la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique* », les modalités d'organisation de cet adossement au système civil de santé ne relèvent pas de l'administration de la santé (direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé et agences régionales de la santé) mais du ministre de la défense.

Comme on le voit, les dispositions de l'article 17 de la proposition de loi s'inscrivent pleinement dans la logique des préconisations faites en octobre 2010 par la Cour des comptes dans son rapport public thématique relatif aux « *médecins et hôpitaux des armées* » où elle pointait une insertion trop limitée du SSA dans le dispositif de l'organisation civile des soins et appelait de ses vœux une meilleure synergie des hôpitaux d'instruction des armées avec les autorités sanitaires civiles. En

effet, d'après la Cour, des évolutions telles que la fin de la guerre froide, qui rend moins nécessaire d'avoir de nombreux hôpitaux à l'arrière pour accueillir un très grand nombre de blessés, ou la fin de la conscription, « *ont conduit à poser de manière croissante la question de l'articulation entre le dispositif sanitaire civil et les hôpitaux militaires* ». L'absence fréquente de taille critique de ces derniers conduit ainsi à envisager de nouveaux modes de coopération avec les structures civiles, tout en respectant la mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées.

Il convient de souligner qu'avant même la possibilité ouverte par l'article 17 de la proposition de loi pour le SSA de participer aux réseaux de santé et aux groupements de coopération sanitaire, cette intégration du SSA dans le dispositif de santé publique avait déjà connu des débuts de réalisation.

Ainsi, les médecins-chefs des hôpitaux des armées participent déjà aux conférences sanitaires de territoires organisées par les ARS et les moyens dont ils disposent sont recensés dans le cadre de l'offre de soins territoriale. Des mesures de mutualisation des moyens techniques entre les hôpitaux des armées et les hôpitaux civils ont également été mises en place. Des accords-cadres ou des conventions existent d'ores et déjà dans différents domaines, comme l'anatomopathologie, la biologie médicale ou les activités interventionnelles. De la même façon, l'équipement des hôpitaux des armées constitue parfois un recours essentiel pour la santé publique, comme c'est le cas pour le traitement des brûlés ou les traitements hyperbares, ainsi que pour leurs laboratoires de sécurité biologique P3 qui sont intégrés dans les plans sanitaires nationaux.

*

La Commission adopte l'article 19 sans modification.

Article 20

(articles L. 1313-5, L. 4112-2, L. 4123-10, L. 4123-12, L. 4123-9, L. 4142-5, L. 4152-8, L. 4232-5, L. 6142-11, L. 5463-1, L. 5463-1, L. 4321-16, L. 3711-4, L. 5126-2, L. 5126-3, L. 6122-6, L. 6141-7-2, L. 6145-8, L. 6148-1, L. 6162-8 et L. 6163-9 du code de la santé publique ; articles L. 313-22-1, L. 313-3 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles ; article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004)

Mesures de coordination suite à la mise en place des ARS

Cet article vise à tirer un certain nombre de conséquences de la création des ARS qui, étant donné l'ampleur de la tâche, n'avaient pas été vues lors de l'adoption de la loi HPST.

Au 1^o du I, il s'agit d'élargir le champ de l'article L. 1313-5 du code de la santé publique qui prévoit notamment les domaines dans lesquels le directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) peut prendre des décisions. Sa rédaction actuelle ne permet la prise de décisions qu'en application du titre IV du livre 1^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique, alors que d'autres dispositions,

figurant notamment au sein du code de l'environnement et relatives aux organismes génétiquement modifiés, confèrent au directeur général de l'Anses des pouvoirs de décisions.

Aux 2° et 6° du I qui concernent les compétences des médecins inspecteurs départementaux de santé publique dans le fonctionnement des ordres des professions de santé, les mentions « départemental » ou « départementaux » ne se justifient plus dans la mesure où les ARS auront la possibilité d'engager des inspecteurs contractuels chargés de missions et de pouvoirs équivalents à ceux attribués aux médecins de santé publique.

Les 3°, 4°, et 5° du I concernent les compétences des médecins inspecteurs régionaux de santé publique dans les chambres disciplinaires, le fonctionnement des conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens ou celui des centres hospitalo-universitaires. Ici encore, la mention « régional » ne se justifie plus puisque les ARS auront la possibilité d'engager des inspecteurs contractuels chargés de missions et de pouvoirs équivalents à ceux attribués aux médecins ou aux pharmaciens de santé publique.

Le 7° du I a pour objet d'harmoniser les compétences du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes avec les compétences des conseils nationaux relevant des six autres ordres médicaux, paramédicaux et pharmaciens, conformément à l'esprit de la loi HPST. Cette modification donne ainsi au conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes une compétence globale sur l'ensemble des instances ordinales en matière de contrôle budgétaire. Ce contrôle a été introduit par la loi n° 2009-879 en application des recommandations du rapport de l'IGAS daté de juin 2007 relatif à l'inspection effectuée au sein du conseil départemental de l'ordre des médecins du département de Paris. Ce rapport préconisait un renforcement du contrôle et de la transparence dans la gestion des comptes des instances ordinales.

Les 8° à 16° du I contiennent un certain nombre de dispositions de coordination rendue nécessaire suite à la création des agences régionales qui se bornent à substituer la terminologie introduite par la loi HPST (directeur général des ARS, conseil de surveillance, etc.) à celle existante. Subsistaient ainsi dans le code certaines références aux agences régionales de l'hospitalisation qu'il convient de remplacer.

Le 1° du II vise à remédier à une erreur de codification. L'article L. 313-22-1 du CASF prévoit qu'est sanctionné le fait de faire obstacle à des contrôles d'établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pour la peine applicable, cet article renvoie à l'article L. 1425-1 du code de la santé publique au lieu de l'article L. 1427-1.

Les 2° et 3° du II viennent corriger une erreur de la loi HPST qui confiait la compétence d'autorisation des centres d'action médico-sociale précoce (CASMP) à la fois au seul directeur général de l'ARS et à la compétence partagée

du directeur et du président du conseil général. Or, ces établissements sont bien financés, pour partie, par les départements (20 % de la dotation globale) et, pour partie, par l'assurance maladie (80 % de la dotation). Ces établissements relèvent donc bien de la compétence partagée entre le président du conseil général et directeur de l'ARS.

Enfin, le III de cet article propose de corriger une incohérence entre autorités administratives chargées de traiter de l'usage du titre de psychothérapeute. Il vise à transférer la compétence dévolue au préfet en matière d'inscription sur le registre national des psychothérapeutes au directeur général de l'agence régionale de santé.

En effet, le préfet dispose d'une compétence résiduelle consistant à enregistrer les personnes concernées alors que l'agence régionale de santé est chargée d'instruire les dossiers des intéressés. Il est donc cohérent de regrouper l'ensemble du processus d'inscription au bénéfice du directeur général de l'agence régionale de santé.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 93 de M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. En remplaçant le médecin inspecteur de santé publique qui siège dans les instances ordinales par un médecin désigné par le directeur général de l'ARS, on ne prend plus en considération la spécificité de chacun des ordres. Il n'est pas cohérent qu'un médecin, qui ne fait pas partie du corps de métier statutaire, soit désigné auprès des ordres des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes. Cet amendement remédierait à cette incohérence en permettant que les directeurs généraux des ARS prennent en considération la spécificité des trois ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS 187 de la rapporteure.*

*Sur avis défavorable de cette dernière, la Commission **rejette** l'amendement AS 94 de M. Élie Aboud.*

*La Commission **adopte** ensuite l'article 20 **modifié**.*

Après l'article 20

La Commission examine l'amendement AS 160 de M. Christian Paul, portant article additionnel après l'article 20.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement vise à créer des centres de régulation régionaux des transports sanitaires auprès des ARS, passant

convention avec les établissements. L'amélioration de l'efficacité du système ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge des patients. L'organisation au niveau des territoires de santé doit reposer sur une « démarche qualité » contractualisée avec les acteurs, tenant compte des caractéristiques du territoire et de la répartition des établissements de santé. Les dépenses de transport sanitaire sont en forte hausse et le Gouvernement s'apprête à supprimer par voie réglementaire la prise en charge à 100 % des transports pour les malades en ALD. Nous proposons, nous, une nouvelle modalité d'affectation de la ressource de transport qui permettrait d'améliorer la qualité du service rendu aux malades et l'efficacité du système.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Les ARS disposent d'ores et déjà, avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, des outils juridiques pour assurer le pilotage nécessaire. En outre, tous les transporteurs sanitaires ne sont pas d'accord sur le sujet. Enfin, la mise en place de centres de régulation régionaux relève du domaine réglementaire, voire de l'organisation interne des ARS.

La Commission rejette l'amendement.

Article 21

(article L. 3822-5 du code de la santé publique)

Dispositions relatives à l'outre-mer

L'article 21, issu d'un amendement du Gouvernement adopté en séance publique avec avis favorable de la commission, vise à transposer à l'outre-mer un certain nombre de dispositions de la loi HPST ou de la présente proposition de loi.

En effet, les îles Wallis et Futuna, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française requièrent, en vertu du principe de spécialité législative, une mention spéciale d'extension.

Le **I** de l'article 21 rend applicable à Wallis et Futuna les dispositions de l'article 10, relatif à la réforme de la réserve sanitaire (*cf. supra*), et de l'article 11, relatif à la lutte contre la propagation internationale des maladies (*cf. supra*).

Le **II** rend applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française le 1° de l'article 11 relatif à la lutte contre la propagation internationale des maladies qui dispose que les frais résultant de l'application des mesures sanitaires prescrites pour un moyen de transport sont à la charge de l'exploitant du moyen de transport concerné (*cf. supra*).

Le **III** complète le chapitre II (« *Lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme* ») du titre II (« *Îles Wallis et Futuna* ») du livre VIII (« *Mayotte, îles Wallis et Futuna et Terres australes et antarctiques françaises, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française* ») de la troisième partie (« *Lutte contre les maladies et dépendances* ») du code de la santé publique par un article L. 3822-5

qui prévoit que l'article L. 3511-2-1, disposant qu'il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac à des mineurs de moins de dix-huit ans, est applicable à Wallis-et-Futuna.

*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 201 de la rapporteure.*

*Puis elle **adopte** l'article 21 **modifié**.*

Article 22 (nouveau)

(article L. 112-1 du code de la mutualité)

Droit des mutuelles de moduler leurs prestations lorsque l'assuré a recours à un réseau de soins avec lequel elles ont contracté

L'article 22, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de M. Bur avec un avis favorable de la rapporteure, ouvre la possibilité aux mutuelles de mieux rembourser leurs adhérents lorsque ceux-ci font appel à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre d'un réseau de soins avec lequel elles ont contracté.

En effet, aujourd'hui, les mutuelles, comme les autres acteurs de la protection sociale complémentaire que sont les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, pratiquent avec les offreurs de soins (notamment avec les dentistes), un conventionnement fondé sur des critères de qualité et visant à mieux encadrer les tarifs.

Or, sur la requête d'un adhérent mutualiste qui, n'ayant pas recours à un dentiste conventionné par sa mutuelle, avait contesté le fait d'être moins bien remboursé, la Cour de cassation a, dans un arrêt du 18 mars 2010, remis en cause le principe même de ce conventionnement mutualiste, en interdisant à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations, selon que l'adhérent consulte, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle.

Cette jurisprudence crée une situation préjudiciable pour notre système de santé. En effet :

– elle nuit fondamentalement aux adhérents mutualistes, à qui les mutuelles ne peuvent plus, par la voie du conventionnement, assurer des soins de qualité au meilleur prix ;

– elle nuit aux professionnels de santé, dont beaucoup regrettent la disparition du conventionnement permettant la solvabilisation de leur clientèle et la pratique d'une prise en charge de qualité ;

– elle nuit à la maîtrise des dépenses, en limitant le rôle de régulateur que peuvent jouer les mutuelles santé.

C'est pourquoi, afin de légaliser cette pratique de conventionnement, il est nécessaire de modifier le code de la mutualité.

La nécessité de légiférer est partagée par la Cour des comptes qui recommande, dans son dernier rapport sur l'application des LFSS, de modifier le code de la mutualité, s'agissant des soins dentaires, pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires, selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent (proposition n°58). Dans leur réponse aux constats de la Cour, les ministres interpellés soulignent partager « *l'analyse de la Cour, selon laquelle une modulation du niveau de prise en charge de leurs affiliés par les organismes complémentaires mutualistes doit pouvoir être effectuée en faveur des patients qui s'adressent aux réseaux de soins mis en place par ces mutuelles* ».

*

La Commission examine l'amendement AS 106 de M. Yves Bur, portant article additionnel après l'article 21.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à permettre aux mutuelles de mieux rembourser leurs adhérents lorsque ceux-ci font appel à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre d'un réseau de soins avec lequel elles ont contracté. Le code de la mutualité le leur interdit aujourd'hui, les principes mutualistes voulant qu'il ne puisse y avoir de différence dans le niveau des prestations qu'en fonction du niveau des cotisations versées, alors que les assurances privées peuvent, elles, servir des prestations ainsi différenciées. Je souligne qu'il devra s'agir de réseaux ouverts, auxquels chaque professionnel, établissement ou service pourra adhérer, à condition de faire sienne la qualité de prestation requise.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je crains que cet amendement n'entraîne le développement de réseaux fermés. La procédure de mise sur le marché des dispositifs médicaux, parmi lesquels toute l'optique, ne permet de réels contrôles qu'*a posteriori*. Le danger est que les mutuelles négocient au niveau national pour l'ensemble de leurs adhérents avec des entreprises à l'étranger, y compris hors d'Europe, au risque de favoriser l'importation de dispositifs *low cost*. Si je comprends le souci du mouvement mutualiste, je juge prématuré d'adopter un tel amendement, pour des raisons à la fois sanitaires et de distorsion de concurrence dans un secteur où la recherche-développement est fondamentale. Les entreprises nationales qui fabriquent des dispositifs médicaux et investissent fortement en R&D risquent de voir leurs produits copiés par des concurrents étrangers exportant leur production *low cost* dans notre pays. Il faudrait revoir cet amendement.

Mme la rapporteure. Je comprends vos réticences. Je suis néanmoins plutôt favorable à l'amendement, lequel ne fait qu'inscrire dans la loi des pratiques qui existent déjà.

M. Yves Bur. Elles donnent aujourd'hui lieu à contentieux car une mutuelle n'est pas autorisée à traiter différemment ses adhérents, selon qu'ils font appel ou non à tel ou tel réseau avec lequel elle a pu contracter.

Je ne crains pas que se constituent des réseaux fermés. Le mouvement mutualiste n'a aucun intérêt à privilégier les importations *low cost*, mais bien la qualité.

M. Simon Renucci. J'appelle votre attention sur le fait que d'amendement en amendement, nous risquons de détricoter encore davantage la loi HPST, que la proposition de loi transforme déjà largement. Trois exemples. La prise en charge des transports sanitaires est modifiée, sans même qu'il y ait eu évaluation. Il en va de même pour ce qui a trait au mode d'exercice : je vous renvoie aux dispositions adoptées ce matin. Et voilà qu'on fait tout pour que les mutuelles et les assurances privées, disons les complémentaires santé, prennent le relais pour les soins primaires. Ce n'est pas la qualité de ces réseaux – fermés ou ouverts – qui m'inquiète, mais bien le fait qu'en fermant certaines possibilités et en créant certaines obligations par la loi, on porte atteinte à la liberté de choix, des patients comme des professionnels.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement est tout sauf anodin. Il pourrait modifier profondément la prise en charge des patients dans notre pays. Créer des réseaux de soins est une idée intéressante. S'ils se fondent sur la qualité, comme on ne peut que le souhaiter, la tendance naturelle conduira à ce qu'ils soient fermés. À l'instar de ce qui se passe aujourd'hui dans le domaine de la réparation automobile, où les compagnies d'assurances ont leur réseau de carrossiers agréés, demain les mutuelles inviteront leurs adhérents à aller chez des professionnels de santé – et pas seulement des opticiens – ayant contracté avec elles. Je ne porte pas de jugement sur une telle évolution. Nous devons simplement avoir conscience de ce que nous faisons.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à améliorer la qualité des prestations, certainement pas à favoriser le *low cost*. L'optique n'est pas seule concernée. Le sont aussi tous les secteurs où la prise en charge de l'assurance maladie est faible, comme la dentisterie. Ce matin, nous avons souhaité mieux garantir la traçabilité des prothèses dentaires, notamment leur lieu de fabrication. J'essaierai, par le biais d'amendements déposés au titre de l'article 88, d'imposer les mêmes exigences pour les verres optiques.

M. Guy Malherbe. Il y a un risque réel que certaines mutuelles fassent fabriquer leurs prothèses dentaires à moindre coût à l'étranger, avec tous les dangers que cela comporte.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement est beaucoup plus important qu'il pouvait y paraître au départ. Il me paraîtrait nécessaire d'en discuter d'abord avec le ministre. En l'état, je ne le voterai pas.

La Commission adopte l'amendement AS 106.

Article 23 (nouveau)

(articles L. 411-2 et L. 411-3 du code de la mutualité)

Composition du Conseil supérieur de la mutualité

L'article 23, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de M. Bur avec un avis favorable de la rapporteure, vise à moderniser le conseil supérieur de la mutualité (CSM) et à supprimer les comités régionaux de coordination de la mutualité.

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

Les 1° et 2° de l'article proposent de modifier le mode de désignation des membres du CSM : il est proposé de substituer à l'élection du CSM le principe de la désignation par les fédérations les plus représentatives, à la fois pour tenir compte de la situation réelle du secteur et pour éviter un processus électoral particulièrement lourd à organiser.

La représentativité du CSM continuera d'être garantie grâce à l'organisation d'une enquête de représentativité. Cette technique a déjà donné satisfaction dans d'autres secteurs. Sur le fondement des résultats de cette enquête, un décret en Conseil d'État désignera en effet les membres du CSM.

Le 3° de l'article propose de supprimer les déclinaisons locales du CSM, les comités régionaux de coordination de la mutualité, placés auprès du préfet de région, qui ont perdu tout intérêt avec la disparition des DRASS. Ici, la reconfiguration du CSM ne fait qu'accompagner le mouvement réformant les structures territoriales de l'État. La suppression des CRCM constitue en effet un élément de simplification en diminuant le nombre d'interlocuteurs.

Elle examine ensuite l'amendement AS 105 de M. Yves Bur, portant article additionnel après l'article 21.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à moderniser le conseil supérieur de la mutualité.

Sur avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement.

Article 24 (nouveau)

(article L. 1142-21-1 du code de la santé publique)

Responsabilité civile des professionnels de santé

L'article 24, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de la rapporteure, concerne la responsabilité civile des professionnels de santé. Il s'agit en effet d'un dossier essentiel et qui conditionne l'égal accès de tous à des disciplines telles que l'obstétrique.

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

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

Le II reprend les dispositions de la proposition de loi n°2055 de notre collègue Guy Lefrand adoptée l'an dernier relative à l'instauration d'un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique qui constituent la recommandation n°8 du rapport Johannet.

Enfin, le III apporte une réponse au problème de l'action récursoire de l'ONIAM à l'encontre des professionnels de santé : cette possibilité fait peser sur ces praticiens une épée de Damoclès qui est très mal vécue puisque c'est potentiellement l'intégralité de leur patrimoine qui peut être récupéré.

*

La Commission examine, en discussion commune, les amendements AS 72 de M. Yvan Lachaud et AS 220 de la rapporteure, portant article additionnel après l'article 21.

M. Jean-Luc Prél. L'article L 1142-21-1 du code de la santé publique, introduit par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, ne dispose pas expressément que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) puisse se substituer à l'assurance des chirurgiens,

obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, si celle-ci est expirée. Mon amendement, visant à abroger cet article, réglerait le problème des « trous » d'assurance de la responsabilité civile et professionnelle des praticiens.

Mme la rapporteure. Mon amendement répond aux inquiétudes, légitimes, des professionnels de santé concernant leur responsabilité civile, mettant en application plusieurs des recommandations du rapport Johannet publié en février dernier et qui a fait l'objet d'un très large consensus.

Le I crée un pool réunissant tous les assureurs intervenant dans le champ de la responsabilité civile médicale, afin de réduire les « trous de garantie » conformément à la recommandation n° 2 du rapport.

Les II, III et IV reprennent les dispositions de la proposition de loi de notre collègue Guy Lefrand, adoptée l'an dernier, instaurant un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique, conformément à la recommandation n° 8.

Enfin, le V soulève le problème des actions récursoires de l'ONIAM à l'encontre des professionnels de santé : cette éventualité fait peser sur les praticiens une épée de Damoclès très mal vécue puisque l'intégralité de leur patrimoine peut être récupérée. Le texte que je propose est pour l'heure excessif dans la mesure où il supprime toute possibilité d'action récursoire. Il faudra d'ici la séance publique trouver une solution satisfaisante pour tous. Nous ne faisons aujourd'hui que lancer le débat.

M. Jean Mallot. Nous nous déterminerons sur cet important sujet en séance publique.

La Commission adopte l'amendement AS 220. En conséquence, l'amendement AS 72 n'a plus d'objet.

Article 25 (nouveau)

(article L. 2132-2-2 du code de la santé publique)

Généralisation du dépistage précoce des troubles de l'audition

L'article 25, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de Mme Antier avec un avis favorable de la rapporteure, vise à généraliser le dépistage précoce des troubles de l'audition.

Cet article, qui insère un nouvel article L. 2132-2-2 dans le code de la santé publique, prévoit de s'appuyer sur les Agences Régionales de Santé (ARS) pour généraliser les diverses expérimentations de dépistage précoce des troubles de l'audition qui ont été mises en place avec succès au cours de ces dernières années dans certaines maternités. Elles s'appuient notamment sur les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) existants sur ces territoires pour le

diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement, alors que ces initiatives ne sont pas toujours bien coordonnées et inégalement réparties sur le territoire.

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

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

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

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

L'Assemblée nationale a déjà débattu de cette question lors de l'examen de la proposition de loi n° 2752 le 30 novembre dernier qui avait permis une discussion approfondie sur ce sujet complexe. Le rattachement de ce dispositif à la présente proposition de loi est tout à fait légitime dans la mesure où ce sont bien les ARS qui seront chargées de la mise en œuvre de ce dépistage. Et ce rattachement ne vient nullement restreindre le nécessaire débat démocratique dans la mesure où, en l'absence de procédure accélérée, le Sénat pourra, en commission comme en séance publique, longuement discuter de cette importante question.

*

La Commission examine l'amendement AS 96 de Mme Edwige Antier.

Mme Edwige Antier. Une proposition de loi que j'ai déposée avec mes collègues Jean-Pierre Dupont et Jean-François Chossy, visant à généraliser le dépistage précoce des troubles de l'audition, a été adoptée en première lecture par notre Assemblée le 30 novembre dernier et renvoyée au Sénat. L'encombrement du calendrier parlementaire fait, hélas, qu'elle n'a toujours pas pu y être examinée et que nous prenons du retard. Or, dans notre pays, chaque jour trois enfants naissent atteints de surdité congénitale qui, si elle n'est pas dépistée précocement,

les handicapera lourdement dans leurs apprentissages. D'où cet amendement visant à généraliser le dépistage de ces troubles avant la fin du troisième mois.

Sur avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement.

Article 26 (nouveau)

(articles L. 357-4, L. 215-5, L. 216-1, L. 215-6, L. 215-3, L. 215-7 et L. 215-2 du code de la sécurité sociale)

Fusion de la caisse régionale d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle

L'article 26, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de M. Bur avec un avis favorable de la rapporteure, vise à permettre la fusion de la caisse régionale d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle.

La démarche de fusion de la CRAM et de la CRAV trouve son origine dans la volonté de chaque Conseil d'administration de prendre en compte les évolutions contextuelles impactant l'exercice des missions des deux organismes, que ce soit sur le plan politique, administratif et réglementaire, suite notamment au vote de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui a notamment créé les Caisses d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT).

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

– de renforcer la cohérence territoriale Alsace Moselle, en maintenant un organisme unique et conséquent, fort de 1.100 salariés, au service de 650 000 retraités, de 80.000 entreprises et 2,8 millions d'assurés sociaux ;

– de préserver la cohésion sociologique, culturelle et historique, en fédérant deux organismes héritiers et opérateurs du droit local d'Alsace et de Moselle ;

– de créer une synergie entre les missions conjointes (santé au travail et maintien dans l'emploi des seniors) et les missions convergentes (service social et action sociale retraite).

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

Ces mêmes conseils ont voté respectivement le 26 mars 2010 et le 29 mars 2010 le principe de la fusion au 1^{er} janvier 2012. Cette fusion a pour but d'aboutir à une nouvelle entité dont le fonctionnement serait similaire à celui des futures CARSAT, tout en y intégrant les spécificités locales, issues du droit local d'Alsace-Moselle.

*

Elle examine l'amendement AS 104 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à ce que la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et la caisse régionale d'assurance vieillesse (CRAV) d'Alsace-Moselle puissent fusionner en CARSAT, caisse d'assurance retraite et de santé au travail, au 1^{er} janvier 2012, à l'instar de ce que vont faire leurs homologues sur le reste du territoire national, tout en intégrant les spécificités issues du droit local d'Alsace-Moselle.

Sur avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement.

*Puis la Commission adopte l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.*

*

En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.

TABLEAU COMPARATIF¹

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
Code de la santé publique Quatrième partie Professions de santé Livre préliminaire Dispositions communes	<p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IV ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« TITRE IV « LES SOCIÉTÉS INTERPROFESSIONNELLES DE SOINS AMBULATOIRES</p> <p style="text-align: center;">« Chapitre I^{ER} « Constitution de la société « Art. L. 4041-1. – Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession de santé.</p> <p>« Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires sont des sociétés civiles régies par les chapitres I^{er} et II du titre IX du livre III du code civil et par le présent titre.</p> <p>« Art. L. 4041-2. – La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :</p> <p>« 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité de chacun de ses associés ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>« Art. L. 4041-1. – profession médicale, <i>d'auxiliaire médical ou de pharmacien.</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement AS 213</p> <p><i>« 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. »</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement AS 214</p> <p>« 1° l'activité <i>professionnelle</i> de chacun des associés ;</p> <p style="text-align: center;">Amendement AS 215</p>

¹ Les dispositions des colonnes « texte adopté par la Sénat » et « texte adopté par la Commission » suivies d'un astérisque sont détaillées en annexe

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 2° L'exercice en commun, par ses associés, de certaines activités à finalité thérapeutique relevant de leurs professions respectives.

« 2° ...
... associés, *d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé* relevant ...
... respectives.

Amendement AS 216

« Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4041-3. – ...

« Art. L. 4041-3. – Peuvent seules être associées d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession de santé et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent.

... *profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien* et qui ...
... relèvent.

« Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions de santé.

« Les ...

... *professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.*

Amendement AS 213

« Art. L. 4041-4. – Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical.

« Le tribunal peut, à la demande de tout intéressé, prononcer la dissolution de la société si cette condition n'est pas remplie.

« Il peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. Il ne peut prononcer la dissolution si, le jour où il statue sur le fond, cette régularisation a eu lieu.

« Art. L. 4041-5. – Les statuts de la société sont établis par écrit. Un décret en Conseil d'État détermine les mentions figurant obligatoirement dans les statuts.

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

« Art. L. 4041-6. – Les associés peuvent exercer hors de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts.

« Les statuts déterminent les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun.

« Art. L. 4041-7. – Les statuts de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires ainsi que les avenants à ces statuts sont transmis, un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels aux tableaux desquels sont inscrits les associés.

« Les conditions dans lesquelles les agences régionales de santé reçoivent communication des statuts de la société et de leurs modifications sont prévues par décret en Conseil d'État.

« Chapitre II
« Fonctionnement de la société

« Art. L. 4042-1. – Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci.

« Par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société.

« Art. L. 4042-2. – Chaque associé répond sur l'ensemble de son patrimoine des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société.

« La société est solidairement responsable avec lui des conséquences dommageables de ces actes.

« Art. L. 4041-7. – ...

... associés *ainsi qu'à l'agence régionale de santé.*

Amendement AS 111

« 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.*

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

« La société et les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle.

« *Les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle.* »

Amendement AS 218

« Art. L. 4042-3. – Un associé peut se retirer d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, soit qu'il cède ses parts sociales, soit que la société lui rembourse la valeur de ses parts.

« Chapitre III
« Dispositions diverses

« Art. L. 4043-1. – Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.

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

Amendement AS 217

« Art. L. 4043-2. – Sauf dispositions contraires des statuts, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires n'est pas dissoute par le décès, l'incapacité ou le retrait de la société d'un associé pour toute autre cause. Elle n'est pas non plus dissoute lorsqu'un des associés est frappé de l'interdiction définitive d'exercer sa profession.

« Art. L. 4043-2. – *Sous réserve des dispositions de l'article L. 4041-4**, la société ...

... profession.

Amendement AS 219

« L'associé frappé d'une interdiction définitive d'exercer la profession perd, au jour de cette interdiction, la qualité d'associé. Ses parts dans le capital sont alors rachetées dans un délai de six mois par un associé ou, à défaut, par la société selon les modalités prévues par les statuts. »

Dispositions en vigueur

Art. L. 6323-3 – Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu’à des actions de prévention et d’éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d’un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l’article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l’agence régionale de santé.

Art. L. 1110-4. – Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la

Texte adopté par le Sénat

Article 2

I. – L’article L. 6323-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6323-3. – La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

« Elle assure des activités de soins sans hébergement 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.

« Le projet de santé est conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l’article L. 1434-2*. Il est transmis à l’agence régionale de santé. »

II. – Supprimé

Texte adopté par la Commission

Article 2

« Art. L. 6323-3. – ...

... médicaux, auxiliaires médicaux *ou pharmaciens*.

Amendement AS 202

« *Ils assurent des ...*
... hébergement *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* et peuvent* participer ...
... santé *qu’ils élaborent et dans le respect d’un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé et à des actions sociales.*

Amendements AS 205, AS 204, AS 203 et AS 149

« Le projet de santé est *compatible avec les orientations ...*

... santé *pour information. 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. »*

Amendements AS 206, AS 112 et AS 207

« *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 AS 85

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

Dispositions en vigueur

prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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 AS 208

Dispositions en vigueur

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'État pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

—

Art. L. 1434-8 – Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-7. Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

**Texte adopté
par le Sénat**

—

Article 3

L'article L. 1434-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par au moins une organisation représentative des médecins. » ;

Texte adopté par la Commission

—

Article 3

Sans modification

Dispositions en vigueur

Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

L'application du présent article se fera dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Art. L. 1434-7 – Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

**Texte adopté
par le Sénat**

2° Le quatrième alinéa est supprimé.

Texte adopté par la Commission

Article 3 bis AA

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. »

Dispositions en vigueur

Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.

Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Article 3 bis AB

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 AS 82

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

Article 3 bis AC

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^o et 2^o 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.

Amendement AS 81

Article 3 bis AD

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 AS 65

Dispositions en vigueur

—

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 être admis par le directeur général de l'agence régionale de santé à 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 conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

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 à l'article L. 6112-3.

Art. L. 6161-5-1 – Les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients peuvent recourir à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement privé de santé. Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions particulières de rémunération autres que le paiement à l'acte.

**Texte adopté
par le Sénat**

—

Article 3 bis A (nouveau)

I. – L'article L. 6161-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les honoraires perçus par le professionnel libéral ne constituent pas une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale* »

II. – L'article L. 6161-5-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les honoraires perçus par ces professionnels ne constituent pas une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale* »

Texte adopté par la Commission

—

Article 3 bis A

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

III. – Après l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-12-1. – Les usagers des établissements et services mentionnés aux 1° à 9° du I de l'article L. 312-1 peuvent bénéficier, lorsque leur état de santé le nécessite, des soins médicaux et paramédicaux dispensés par les professionnels de statut libéral, sans préjudice des dispositions des articles R. 314-26*, R. 314-122*, D. 312-12*, D. 312-59-2*, D. 312-59-9* et R. 344-2*. »

IV. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale des I à III ci dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 3 bis (nouveau)

Après l'article L. 6112-3-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6112-3-2 ainsi rédigé :

« 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, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2* et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé par l'établissement.

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

Article 4

Supprimé

« 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 AS 175

Article 3 bis

Sans modification

Article 4

Suppression maintenue

Article 5 A

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

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-42 – Le collège est composé de huit membres choisis en

Dispositions en vigueur

raison de leur qualification et de leur expérience dans les domaines de compétence de la Haute Autorité de santé :

1° Deux membres désignés par le Président de la République ;

2° Deux membres désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

3° Deux membres désignés par le président du Sénat ;

4° Deux membres désignés par le président du Conseil économique, social et environnemental.

Les membres du collège sont nommés par décret du Président de la République. Le président du collège est nommé dans les mêmes conditions parmi ses membres.

La durée du mandat des membres du collège est de six ans, renouvelable une fois.

En cas de vacance survenant plus de six mois avant l'expiration du mandat, il est procédé à la nomination, dans les conditions prévues au présent article, d'un nouveau membre dont le mandat expire à la date à laquelle aurait expiré le mandat de la personne qu'il remplace. Son mandat peut être renouvelé s'il a occupé ces fonctions de remplacement pendant moins de deux ans.

Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

Art. L. 162-12-18 – Abrogé

**Texte adopté
par le Sénat**

Article 5

Les articles L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale sont ainsi rétablis :
« Art. L. 162-12-18. – Des contrats de bonne pratique sont définis à l'échelon national par les parties aux conventions et à l'accord national men-

Texte adopté par la Commission

« 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 AS 153

Article 5

I. – Les contrats de bonne pratique conclus en application de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale et les contrats de santé publique

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

tionnés 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. 3225-2*.

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.

« Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1*.

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. 3225-2 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.

« Ces contrats peuvent prévoir que le complément de rémunération ou la majoration de la participation prévue au même article L. 162-14-1* sont modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin.

« Ils précisent les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixent les engagements pris par ces derniers.

« Ils comportent nécessairement des engagements relatifs :

« 1° À l'évaluation de la pratique du professionnel ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références prévues à l'article L. 162-12-15 ;

« 2° Aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire, de ses pratiques de prescription ;

« 3° S'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1*, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques.

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

« Ils peuvent en outre comporter d'autres engagements portant notamment sur :

« 1° Le niveau de l'activité du professionnel :

« 2° Sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie :

« 3° Le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.

« Ils peuvent comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans les zones mentionnées à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique* où les besoins ne sont pas satisfaits.

« Ils prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel ou du centre de santé, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou du centre de santé qu'après avoir reçu l'avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Les contrats sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par les conventions ou l'accord national

Dispositions en vigueur

Art. L. 162-12-19 – Abrogé

Texte adopté
par le Sénat

susmentionnés, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Art. L. 162-12-19. – Des contrats de santé publique sont définis à l'échelon national par les parties à la ou les conventions et 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*.

« Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui peuvent ouvrir droit à une rémunération forfaitaire.

« Ces contrats fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

« Ils comportent nécessairement des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

« 1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins :

« 2° Soit à des actions de prévention.

« Ils prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel ou du centre de santé, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficience des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou des centres de santé qu'après avoir reçu l'avis favorable de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par la Haute Autorité de santé. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Art. L. 162-12-20 – Abrogé

Code de la santé publique

Art. L. 1111-3 – Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des

« Les contrats sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par les conventions et l'accord national susmentionnés, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Art. L. 162-12-20. – En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1*, en l'absence d'accord national pour les centres de santé ou en l'absence d'accords de bon usage des soins, de contrats de bonne pratique ou de contrats de santé publique, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17*, L. 162-12-18* et L. 162-12-19* peuvent être fixés par arrêté pris sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents.

« Les syndicats représentatifs des professions concernées sont préalablement consultés, ainsi que la Haute Autorité de santé si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques. »

Article 6

Les deuxième et troisième phrases du premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique sont ainsi rédigées :

« Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un

Amendement AS 210

Article 6

« Les professionnels ...

Dispositions en vigueur

conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées. 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.

Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité.

Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions aux dispositions du présent alinéa sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L. 4163-1. Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'État.

**Texte adopté
par le Sénat**

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 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 ce dispositif médical et des prestations associées, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant des dépassements facturés conformément au dispositif mentionné au deuxième alinéa. »

Texte adopté par la Commission

... vente de l'appareillage proposé et le prix de toutes les prestations associées ...

... 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 AS 211

Dispositions en vigueur

Quatrième partie
Professions de santé
Livre III
Auxiliaires médicaux, aides-soignants,
auxiliaires de puériculture et
ambulanciers

Titre IX
Aides-soignants, auxiliaires de
puériculture et ambulanciers

Chapitre III
Ambulanciers

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Article 6 bis

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.

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

« Art. L. 4393-11. — Peuvent être autorisés à exercer la profession d'as-istant 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 for-

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

mation 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.

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

« 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'assistant 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. » ;

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Art. L.6323-1 – Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

L'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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. »

Amendements AS 91 et AS 12

Article 6 ter

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 AS 18

Article 7

Sans modification

Dispositions en vigueur

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire

**Texte adopté
par le Sénat**

1° La seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;

2° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut :

« – enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;

« – en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
Code des juridictions financières	<p data-bbox="434 289 768 338">« – maintenir cette suspension jusqu’à ce que ces mesures aient pris effet. »</p> <p data-bbox="503 389 699 411">Article 7 bis (nouveau)</p> <p data-bbox="434 438 768 505">I. – Après l’article L. 132-3-2 du code des juridictions financières, il est inséré un article L. 132-3-3 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="434 511 768 778">« Art. L. 132-3-3. – La Cour des comptes établit chaque année un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu’elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des établissements publics de santé mentionnés à l’article L. 6141-2 du code de la santé publique* dont les recettes d’exploitation du compte principal pour l’année 2009 sont supérieures à 700 millions d’euros.</p> <p data-bbox="434 802 768 997">« Il comprend également une synthèse des rapports de certification des comptes des autres établissements publics de santé prévus par l’article L. 6145-16 du même code*. Ces rapports lui sont obligatoirement transmis dans des conditions fixées par un décret en Conseil d’État.</p> <p data-bbox="434 1021 768 1215">« Sur la base des rapports mentionnés à la seconde phrase de l’alinéa précédent, la Cour des comptes émet un avis sur la qualité de l’ensemble des comptes des établissements publics de santé soumis à certification. Cet avis est présenté dans le rapport mentionné à l’article L.O. 132-3 du présent code*.</p> <p data-bbox="434 1294 768 1457">« À compter de l’exercice 2010, le montant des recettes d’exploitation pris en compte pour l’application du présent article est réévalué tous les cinq ans en fonction de l’évolution de l’indice des prix à la consommation hors tabac. »</p> <p data-bbox="434 1488 768 1556">II. – Après l’article L. 111-9-1 du même code, il est inséré un article L. 111-9-2 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="434 1561 768 1654">« Art. L. 111-9-2. – La certification des comptes des établissements publics mentionnés à l’article L. 132-3-3* peut être déléguée aux chambres régionales des</p>	<p data-bbox="892 389 996 411">Article 7 bis</p> <p data-bbox="835 511 1111 584">« Art. L. 132-3-3. – ... rapport public présentant ...</p> <p data-bbox="948 753 1020 775">... euros.</p> <p data-bbox="777 1021 1111 1121">« Sur la base des rapports mentionnés au premier alinéa et à la seconde phrase du deuxième alinéa du présent article, la Cour ...</p> <p data-bbox="1008 1193 1081 1215">... code.</p> <p data-bbox="924 1239 1111 1263">Amendement AS 191</p>

Dispositions en vigueur

—

Sixième partie
Établissements et services de santé
Livre I^{er}
Établissements de santé
Titre IV
Établissements publics de santé
Chapitre III
Conseil de surveillance, directeur et
Directoire

Art. L. 6143-1 – Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;

2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

4° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

**Texte adopté
par le Sénat**

—

comptes concernées par arrêté du premier président de la Cour des comptes pris après avis du procureur général près la Cour des comptes et des présidents des chambres régionales des comptes concernées. Un décret en Conseil d'État définit la durée de la délégation. »

Texte adopté par la Commission

—

Article 7 ter

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 :

Dispositions en vigueur

—

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;

- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

À tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Art. L. 6143-7 – Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15°

**Texte adopté
par le Sénat**

—

Texte adopté par la Commission

—

« 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 :

Dispositions en vigueur

et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, 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. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après concertation avec le directeur, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

Dispositions en vigueur

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7.

Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.

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

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

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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.

Dispositions en vigueur

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

Art. L. 6143-7 – Cf. Article 7 ter

Art. 6143-5 – Le conseil de surveillance est composé comme suit :

1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant ;

2° Au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus

Texte adopté par le Sénat

Article 8

Supprimé

Texte adopté par la Commission

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

Amendement AS 7

Article 7 quater

I. – Après le 11° de l'article L. 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 AS 119

Articles 8

Suppression maintenue

Article 9 A

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

Dispositions en vigueur

lors des élections au comité technique d'établissement ;

3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'État dans le département.

Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1° et au 3°. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

Le directeur général de l'agence régionale de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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 AS 19

Dispositions en vigueur

du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par décret.

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Art.3 – Par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique, des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées sur les emplois de directeur des établissements mentionnés à l'article 2 :

- par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1°, 3° et 5° de l'article 2, à l'exception des centres hospitaliers universitaires ;

- par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4° et 6° du même article.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Article 9 B

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 AS 192

Dispositions en vigueur

Ces personnes suivent, à l'École des hautes études en santé publique ou dans tout autre organisme adapté, une formation les préparant à leurs nouvelles fonctions.

L'accès de non-fonctionnaires à ces emplois n'entraîne pas leur titularisation dans l'un des corps ou emplois de fonctionnaires soumis au présent titre.

Les nominations à ces emplois sont révocables, qu'elles concernent des fonctionnaires ou des non-fonctionnaires.

Code de la santé publique

Art. L. 6141-7-3 – Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche mentionnées à l'article L. 6112-1.

Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

Les règles applicables aux fondations d'utilité publique, prévues notamment par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des dispositions du présent article.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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

Dispositions en vigueur

Un décret en Conseil d'État détermine les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières. Il précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.

Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 221-1 – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :

1° D'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;

2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres I^{er} et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;

3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au tra-

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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. »

Amendements AS 6 et AS 193

Article 9 bis A (nouveau)

Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

Article 9 bis A

Dispositions en vigueur

vail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;

4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;

5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;

6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

7° De mettre en oeuvre les actions conventionnelles ;

8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État.

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.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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. »

Dispositions en vigueur

—

Code de la santé publique

Art. L. 1431-2 – Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

À ce titre :

a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre

**Texte adopté
par le Sénat**

—

Texte adopté par la Commission

—

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

À ce titre :

a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code ;

b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3 ainsi que des établissements et services médico-sociaux au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 du même code ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code ;

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-7 et en évaluent l'efficacité ;

d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

e) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la

Dispositions en vigueur

dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

f) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

g) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

h) En relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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 AS 194

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Article 9 bis BA

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

Art. L. 1111-3 – Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral 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 ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées. 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.

Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité.

Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions aux dispositions du présent alinéa

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
<p>sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L. 4163-1. Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>		<p>« 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. »</p>
<p>Code de la santé publique</p> <p>Sixième partie</p> <p>Établissements et services de santé</p> <p>Livre I^{er}</p> <p>Établissements de santé</p> <p>Titre V</p> <p>Personnels médicaux et pharmaceutiques</p> <p>Chapitre II</p> <p>Praticiens hospitaliers</p>	<p>Article 9 bis B (nouveau)</p> <p><u>Le chapitre II du titre V du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6152-7 ainsi rédigé :</u></p> <p>« 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 d'outre mer, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Mayotte ou de Saint-Pierre-et-Miquelon, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi.</p> <p>« 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. »</p> <p>Article 9 bis (nouveau)</p> <p>I. – Après l'article L. 4113-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4113-6-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 4113-6-1. – Au terme de chaque année civile, les entreprises</p>	<p>Amendement AS 108</p> <p>Article 9 bis B</p> <p>Des expérimentations ...</p> <p>..Mayotte <i>et</i> de Saint ...</p> <p>... loi.</p> <p>Amendement AS 195</p> <p>Article 9 bis</p> <p>« Art. L. 4113-6-1. – ...</p>

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

mentionnées au premier alinéa de l'article L. 4113-6 sont tenues de déclarer tous les avantages directs ou indirects et les revenus dont ont bénéficié de leur part, pendant l'année écoulée, des membres des professions médicales, ainsi que les conventions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas du même article qui ont été conclues ou appliquées au cours de la même période.

« Ces informations sont mises à la disposition du public par les conseils nationaux des ordres concernés.

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

... déclara-
rer au conseil national de l'ordre
concerné tous ...

... période.

Amendement AS 176

I bis. – Au premier alinéa de l'article L 4221-17 du même code, les références : « de l'article L. 4113-6 » sont remplacés par les références : « 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 AS 177

Art. L. 4221-17. – Les dispositions de l'article L. 4113-6, sous réserve des dispositions de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, ainsi que les dispositions de l'article L. 4113-13, sont applicables aux pharmaciens. Les conventions mentionnées à l'article L. 4113-6 sont soumises, pour les pharmaciens titulaires d'officine, au conseil régional compétent ou, lorsque leur champ d'application est interrégional ou national et pour les autres pharmaciens, au conseil central compétent de l'ordre national des pharmaciens.

Est interdit le fait, pour les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 4113-6, de proposer ou de procurer aux pharmaciens les avantages cités dans cet article.

Art. L. 4311-28. – Les articles L. 4112-3 à L. 4112-6, L. 4113-3, L. 4113-5, L. 4113-6 et L. 4113-9 à L. 4113-14 sont applicables aux infirmiers dans des conditions précisées par voie réglementaire.

Art. L. 4321-19. – Les dispositions des articles L. 4112-3 à L. 4112-6, L. 4113-5, L. 4113-6, L. 4113-8 à L. 4113-14, L. 4122-1-1, L. 4122-1-2, L. 4122-3, L. 4123-2, L. 4123-4, L. 4123-15 à L. 4123-17, premier alinéa L. 4124-1 à L. 4124-3 et L. 4124-5 à

Dispositions en vigueur

L. 4124-8, L. 4124-9, deuxième alinéa, L. 4124-10, premier alinéa, L. 4124-11, L. 4124-12, deuxième alinéa, L. 4124-13, premier alinéa, L. 4124-14, premier alinéa, L. 4125-1 à L. 4125-3-1, L. 4126-1 à L. 4126-6, L. 4132-6 et L. 4132-9 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

Art. L. 4322-12. – Les dispositions des articles L. 4112-3 à L. 4112-6, L. 4113-5, L. 4113-6, L. 4113-8 à L. 4113-14, L. 4122-1-1, L. 4122-1-2, L. 4122-3, L. 4123-2, L. 4123-4, L. 4124-1 à L. 4124-3 et L. 4124-5 à L. 4124-8, L. 4124-9, deuxième alinéa, L. 4124-10, deuxième alinéa, L. 4124-11, L. 4124-12, deuxième alinéa, L. 4124-13, deuxième alinéa, L. 4124-14, troisième alinéa, L. 4125-1 à L. 4125-3-1, L. 4126-1 à L. 4126-6, L. 4132-6 et L. 4132-9 sont applicables aux pédicuro-podologues.

Pour les pédicures-podologues, les dispositions concernant les attributions des conseils départementaux sont applicables aux conseils régionaux ou interrégionaux.

Art. L. 4113-6. – Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages.

Toutefois, l'alinéa précédent ne s'applique pas aux avantages prévus par conventions passées entre les membres de ces professions médicales et des entreprises, dès lors que ces conventions ont pour objet explicite et but réel des activités de recherche ou d'évaluation scientifique, qu'elles sont, avant leur mise en application, soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre compétent et notifiées, lorsque les activités de recherche ou d'évaluation sont effectuées, même par-

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

tiellement, dans un établissement de santé au responsable de l'établissement, et que les rémunérations ne sont pas calculées de manière proportionnelle au nombre de prestations ou produits prescrits, commercialisés ou assurés.

Il ne s'applique pas non plus à l'hospitalité offerte, de manière directe ou indirecte, lors de manifestations de promotion ou lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel et scientifique lorsqu'elle est prévue par convention passée entre l'entreprise et le professionnel de santé et soumise pour avis au conseil départemental de l'ordre compétent avant sa mise en application, et que cette hospitalité est d'un niveau raisonnable et limitée à l'objectif professionnel et scientifique principal de la manifestation et n'est pas étendue à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les conventions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas sont transmises aux ordres des professions médicales par l'entreprise. Lorsque leur champ d'application est interdépartemental ou national, elles sont soumises pour avis au conseil national compétent, au lieu et place des instances départementales, avant leur mise en application. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de la transmission de ces conventions ainsi que les délais impartis aux ordres des professions médicales pour se prononcer. Si ceux-ci émettent un avis défavorable, l'entreprise transmet cet avis aux professionnels de santé, avant la mise en oeuvre de la convention. A défaut de réponse des instances ordinales dans les délais impartis, l'avis est réputé favorable.

Les dispositions du présent article ne sauraient ni soumettre à convention les relations normales de travail ni interdire le financement des actions de formation médicale continue.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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 AS 178

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Art. L. 5121-10. – Pour une spécialité générique définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande.

Lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence.

Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits.

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.

Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tient disponible au

II. – L'article L. 4113-6-1 du code de la santé publique entre en vigueur un an après la publication du décret en Conseil d'État mentionné à son dernier alinéa, et au plus tard le 31 décembre 2012.

Article 9 ter

La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-10 du même code est supprimée.

Amendement AS 171

Dispositions en vigueur

public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 161-38. – La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé, permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Article 9 quater

Après l'article L. 5121-10-2 du même code, il est inséré un article L. 5121-10-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 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 AS 110

Article 9 quinquies

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

Dispositions en vigueur

À compter du 1^{er} janvier 2006, cette certification est mise en oeuvre et délivrée par un organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Art. L. 162-17. – Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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 AS 163

Article 9 sexies

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 AS 162

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
<p>prescrites à l'article L. 3131-1 ainsi que les compensations financières auxquelles elles peuvent donner lieu à l'exclusion de celles prévues par d'autres dispositions législatives et réglementaires. Les conditions de constitution du fonds sont fixées par la loi de finances ou la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>3° L'article L. 3131-6 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 3131-6 – Le plan mentionné à l'article L. 1411-11 comporte obligatoirement un plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.</p>	<p>4° À l'article L. 3131-10, les mots : « En cas de catastrophe sanitaire, notamment liée à une épidémie de grande ampleur, » sont supprimés, et les mots : « au risque » sont remplacés par les mots : « à une catastrophe, une urgence ou une menace sanitaire grave » ;</p>	
<p>Art. L. 3131-10 – En cas de catastrophe sanitaire, notamment liée à une épidémie de grande ampleur, les professionnels de santé qui sont amenés à exercer leur activité auprès des patients ou des personnes exposées au risque, dans des conditions d'exercice exceptionnelles décidées par le ministre chargé de la santé dans le cadre des mesures prévues à l'article L. 3131-1, bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6.</p>	<p>5° L'article L. 3131-11 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 3131-11 – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État, notamment :</p>	<p>a) Le a est ainsi rédigé :</p>	
<p>a) Les conditions de mobilisation successive des moyens au niveau du département, de la zone de défense ou au niveau national selon la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes ;</p>	<p>« a) Le contenu du plan zonal de mobilisation des moyens pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ; »</p>	
<p>b) La procédure d'élaboration des plans blancs du département et de la zone de défense ;</p>	<p>b) À la fin du b, les mots : « de la zone de défense » sont remplacés par les mots : « du plan zonal de mobilisation » ;</p>	
<p>c) Le rôle et le mode de désignation des établissements de référence mentionnés à l'article L. 3131-9.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
<p>Chapitre II Constitution et organisation du corps de réserve sanitaire</p>	<p>B. – Le chapitre II est ainsi modifié :</p> <p>1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Constitution et organisation de la réserve sanitaire » ;</p>	
<p>Art. L. 3132-1 – En vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national, il est institué un corps de réserve sanitaire ayant pour objet de compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en oeuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile. Ce corps de réserve est constitué de professionnels et anciens professionnels de santé et d'autres personnes répondant à des conditions d'activité, d'expérience professionnelle ou de niveau de formation fixées, en tant que de besoin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile.</p>	<p>2° L'article L. 3132-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « un corps de » sont remplacés par le mot : « une », et après les mots : « collectivités territoriales », sont insérés les mots : « , des agences régionales de santé, des établissements de santé » ;</p> <p>b) La seconde phrase du même alinéa est supprimée ;</p>	
<p>La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort.</p>	<p>c) Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;</p>	
<p>Les réservistes souscrivent auprès de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 3135-2 un contrat d'engagement à servir dans la réserve sanitaire d'intervention ou de renfort.</p>		
<p>Le contrat d'engagement à servir dans la réserve d'intervention peut prévoir l'accomplissement de missions internationales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile détermine, en tant que de besoin, les modalités de sélection des personnes pouvant effectuer de telles missions.</p>	<p>d) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « d'intervention » sont remplacés par le mot : « sanitaire » ;</p>	
<p>Art L. 3132-3 – Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État, et notamment :</p>	<p>3° L'article L. 3132-3 est ainsi modifié :</p>	
<p>1° Les catégories de personnes pouvant entrer dans la réserve d'intervention et la réserve de renfort mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3132-1 ;</p>	<p>a) Le 1° est ainsi rédigé : « 1° Les catégories de personnes pouvant entrer dans la réserve sanitaire mentionnée à l'article L. 3132-1 » ;</p>	

Dispositions en vigueur

2° Le délai maximum entre la date de cessation d'activité des anciens professionnels de santé et la date de début d'activité dans la réserve ;

3° Les conditions de vérification de l'aptitude médicale des réservistes ;

4° En tant que de besoin, les conditions de formation ou de perfectionnement auxquelles sont subordonnés l'entrée et le maintien dans la réserve d'intervention et de renfort, et notamment pour l'accomplissement de missions internationales ;

5° La durée et les clauses obligatoires du contrat d'engagement ;

6° La durée maximale annuelle des missions accomplies au titre de la réserve.

Chapitre III

Dispositions applicables aux réservistes sanitaires

Art L. 3133-1 – Lorsqu'ils accomplissent les périodes d'emploi ou de formation pour lesquelles ils ont été appelés, les réservistes salariés ou agents publics, à l'exception de ceux qui sont régis par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sont mis à la disposition de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 3135-2 par leur employeur. Ils ont droit au maintien de leur rémunération.

Lorsqu'ils accomplissent, sur leur temps de travail, les périodes d'emploi ou de formation pour lesquelles ils ont été appelés, les réservistes fonctionnaires sont placés en position d'accomplissement des activités dans la réserve sanitaire, lorsque la durée de ces activités est inférieure ou égale à quarante-cinq jours par année civile, et en position de détachement auprès de l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 pour la période excédant cette durée.

**Texte adopté
par le Sénat**

b) Au 4°, les mots : « d'intervention et de renfort » sont remplacés par le mot : « sanitaire » ;

c) Le 5° est complété par les mots : « à servir dans la réserve » ;

C. – Le chapitre III est ainsi modifié :

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

L'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 rembourse à l'employeur les rémunérations ainsi que les cotisations et contributions lui incombant d'origine légale ou conventionnelle afférentes aux périodes d'emploi ou de formation accomplies dans la réserve par le réserviste salarié ou agent public, ainsi que, le cas échéant, la rémunération ou le traitement restant à la charge de l'employeur en cas d'accident ou de maladie imputables au service dans la réserve.

Les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve des personnes exerçant habituellement leur activité à titre libéral sont rémunérées.

Les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve des personnes retraitées sont indemnisées.

Les étudiants réservistes non rémunérés pour l'accomplissement de leurs études et les personnes réservistes sans emploi sont rémunérés pour les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve pour lesquelles ils ont été appelés. Ils bénéficient en matière de protection sociale des dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat.

Les rémunérations et indemnités prévues par les trois précédents alinéas sont versées par l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1.

En cas de sujétions particulières effectuées dans le cadre de la réserve sanitaire, une indemnisation est versée par l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1.

Art L. 3133-7 – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat et notamment :

1° Les modalités du remboursement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 3133-1 ;

2° Les modalités de rémunération des professionnels de santé libéraux mentionnés au quatrième alinéa du même article ;

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

1° Les deux derniers alinéas de l'article L. 3133-1 sont supprimés ;

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
3° Les modalités d'indemnisation des réservistes mentionnés au cinquième alinéa du même article ;	2° Le 5° de l'article L. 3133-7 est abrogé ;	
4° Les modalités de rémunération des réservistes mentionnés au sixième alinéa du même article ;		
5° Les modalités d'indemnisation des sujétions particulières mentionnées dans le dernier alinéa du même article ;		
6° Le contenu, les conditions et modalités de rupture anticipée et les conditions de renouvellement de la convention mentionnée à l'article L. 3133-2 ;		
7° Les règles applicables au préavis mentionné au premier alinéa de l'article L. 3133-3 ;		
8° Les modalités d'opposition de l'employeur à l'absence du réserviste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 3133-3.		
Chapitre IV Règle d'emploi de la réserve	D. – Le chapitre IV est ainsi modifié :	
Art. L. 3134-1 – En cas de survenue d'une situation de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves à laquelle le système sanitaire et les services et personnes chargés d'une mission de sécurité civile ne peuvent faire face sur le territoire national ou lorsqu'un événement grave justifie l'envoi de moyens sanitaires hors du territoire national, les ministres chargés de la santé et de la sécurité civile peuvent conjointement faire appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé.	1° L'article L. 3134-1 est ainsi rédigé :	
	« Art. L. 3134-1. – Il est fait appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé du ministre chargé de la santé.	
L'arrêté détermine le nombre de réservistes mobilisés, la durée de leur mobilisation ainsi que le département ou la zone de défense dans lequel ils sont affectés, ou l'autorité auprès de laquelle ils sont affectés dans le cas de missions internationales.	« L'arrêté détermine la durée de mobilisation des réservistes ainsi que le département ou la zone de défense dans lequel ils sont affectés, ou l'autorité auprès de laquelle ils sont affectés dans le cas de missions internationales. » ;	
Art. L. 3134-2 – Le représentant	2° L'article L. 3134-2 est ainsi rédigé :	
	« Art. L. 3134-2. – Le directeur	

Dispositions en vigueur

de l'État dans le département affecte les réservistes, par arrêté, dans un service de l'État ou auprès de personnes morales dont le concours est nécessaire à la lutte contre la menace ou la catastrophe sanitaire considérée. Les réservistes peuvent également être affectés au remplacement des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou auprès de ces professionnels pour leur apporter leur concours. Cette compétence d'affectation des réservistes peut être exercée, dans les mêmes conditions, par le représentant de l'État dans la zone de défense si la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes le justifie.

Dans le cadre du contrat d'engagement qu'ils ont souscrit, les réservistes rejoignent leur affectation aux lieux et dans les conditions qui leur sont assignés.

Sont dégagés de cette obligation les réservistes sanitaires qui sont par ailleurs mobilisés au titre de la réserve opérationnelle ainsi que les médecins, pharmaciens ou infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires du service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours.

Texte adopté par le Sénat

général de l'agence régionale de santé territorialement compétente procède à l'affectation des réservistes auprès des services de l'État ou auprès des personnes morales dont le concours est nécessaire à la lutte contre la menace ou la catastrophe considérée, notamment pour faire face aux situations d'urgence affectant le système sanitaire.

« Dans le cas d'un événement sanitaire mentionné au premier alinéa de l'article L. 1435-1*, le représentant de l'État dans le département, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, procède par arrêté à l'affectation des réservistes selon les modalités définies au premier alinéa. Cette affectation des réservistes peut être exercée dans les mêmes conditions par le représentant de l'État dans la zone de défense si la situation sanitaire ou l'afflux de patients ou de victimes le justifie. » ;

3° Après l'article L. 3134-2, il est inséré un article L. 3134-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3134-2-1. – Lorsque les ressources de la réserve sanitaire ne sont pas adaptées ou suffisantes pour constituer des équipes de professionnels de santé permettant de répondre aux sollicitations des ministères chargés de la crise au titre des articles L. 1142 et suivants du code de la défense, l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 du présent code* peut, à la demande du ministre chargé de la santé, passer avec un ou plusieurs établissements de santé des conventions de mise à disposition des professionnels de santé nécessaires.

« Ces professionnels de santé mis à disposition bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6*. » ;

Texte adopté par la Commission

« Dans ...

... alinéa du présent article. Cette ...

... justifie. » ;

Amendement AS 179

Dispositions en vigueur

Art. L. 3135-1 – La gestion administrative et financière de la réserve sanitaire est assurée par un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Les modalités de mise en oeuvre et d'emploi de la réserve au plan territorial, sous l'autorité des représentants de l'État compétents, font l'objet d'un décret en Conseil d'État.

Cet établissement public a également pour mission, à la demande du ministre chargé de la santé, d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Il peut également financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs.

L'établissement public peut également mener, à la demande du ministre chargé de la santé, les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. Il peut être titulaire d'une licence d'office mentionnée à l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle.

Lorsque les actions menées par l'établissement public concernent des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du présent code, elles sont réalisées par un établissement pharmaceutique qui en assure, le cas échéant, l'exploitation. Cet établissement est ouvert par l'établissement public et est soumis aux dispositions des articles L. 5124-2, à l'exception du premier alinéa, L. 5124-3, L. 5124-4, à l'exception du dernier alinéa, L. 5124-5, L. 5124-6, L. 5124-11 et L. 5124-12.

**Texte adopté
par le Sénat**

E. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3135-1 est supprimée.

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
<p>Troisième partie Lutte contre les maladies et dépendances Livre I^{er} Lutte contre les maladies transmissibles Titre I^{er} Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles Chapitre V Lutte contre la propagation internationale des maladies</p>	<p>Article 11</p> <p>Le titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le chapitre V est complété par un article L. 3115-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3115-5. – Les frais résultant de l'application des mesures sanitaires prescrites pour un moyen de transport en application de l'article L. 3115-1* sont à la charge de l'exploitant du moyen de transport concerné, et notamment les frais d'immobilisation. Si le moyen de transport est un navire, l'ensemble des frais est à la charge de l'armateur, du propriétaire ou de l'exploitant. » ;</p>	<p><i>II. – 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 suivants l'arrêté de mobilisation.</i></p>
<p>Art. L. 3116-5. – Le fait, pour un fonctionnaire ou agent public, un commandant ou officier d'un navire ou d'un aéronef, un médecin, dans un document ou une déclaration, d'altérer, de dissimuler, ou de négliger de faire connaître à l'autorité sanitaire, des faits qu'il est dans l'obligation de révéler en application des textes mentionnés à l'article L. 3115-1, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.</p>	<p>2° À l'article L. 3116-5, les références : « des textes mentionnés à l'article L. 3115-1* » sont remplacées par les références : « du second alinéa de l'article L. 3115-2* et du b du 1° de l'article L. 3115-3* ».</p>	<p>Amendement AS 122</p>
	<p>Article 12</p> <p><i>Supprimé</i></p>	<p>Article 11</p> <p>Sans modification</p>
		<p>Articles 12</p> <p><i>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</i></p>

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

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 AS 196

Article 12 bis

Après l'article L. 1111-19 du même code, 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 AS 95

Dispositions en vigueur

—

Art. L. 6133-3. – I. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive est soumise à l’approbation du directeur général de l’agence régionale de santé, qui en assure la publication.

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

1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public :

— soit s’il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;

— soit si la majorité des apports au groupement ou, s’il est constitué sans capital, des participations à ses charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public.

2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé :

— soit s’il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;

— soit si la majorité des apports au groupement ou, s’il est constitué sans capital, des participations à son fonctionnement proviennent de personnes de droit privé.

Les modalités d’évaluation des apports ou des participations en nature sont déterminées par décret en Conseil d’État.

Texte adopté par le Sénat

—

Article 13

Supprimé

Article 14 A (nouveau)

Le I de l’article L. 6133-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les troisième à cinquième alinéas (1) sont remplacés par un 1 ainsi rédigé :

« 1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public lorsqu’il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux. » ;

2° Les sixième à huitième alinéas (2) sont remplacés par un 2 ainsi rédigé :

« 2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé lorsqu’il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. » ;

Texte adopté par la Commission

—

Article 13

Suppression maintenue

Article 14 A

Sans modification

Dispositions en vigueur

—

II. — Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur.

Art. L. 1221-10. — Les produits sanguins labiles destinés à une utilisation thérapeutique directe sont conservés, en vue de leur distribution et de leur délivrance, dans les établissements de transfusion sanguine. Peuvent également conserver ces produits en vue de leur délivrance les établissements de santé autorisés à cet effet par l'autorité administrative après avis de l'Établissement français du sang dans des conditions définies par décret. Ils restent sous la surveillance d'un médecin ou d'un pharmacien. Un décret précise la section de l'ordre national des pharmaciens dont ce pharmacien doit relever.

La délivrance de produits sanguins labiles ne peut être faite que sur ordonnance médicale.

**Texte adopté
par le Sénat**

—

3° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive. »

Texte adopté par la Commission

—

Article 14 A bis

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 AS 199

Article 14 A ter

Après l'article L. 6122-18 du même code, 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 rela-

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Code de l'action sociale et des familles

Article 14

Article 14

Après le sixième alinéa du 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Sans modification

L. 312-7. – Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent :

1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État ;

3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

a) Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

b) Être autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer di-

tive 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 ».

Amendements AS 4, AS 15 et AS 60

Dispositions en vigueur

rectement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

c) Être chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;

d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique ;

e) Être chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage interne mentionnées à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique.

Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

Les dispositions du chapitre III du titre III du livre 1^{er} de la sixième partie du code de la santé publique sont applicables, sous réserve des dispositions du présent code, aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale.

Les actions du groupement réalisées au profit d'un seul de ses membres sont financées par celui-ci sur le budget correspondant.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. »

Dispositions en vigueur

4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

Les établissements de santé publics et privés et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération.

Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale.

La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel.

Les mesures d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État.

**Texte adopté
par le Sénat**

Article 14 bis (nouveau)

I. – Par dérogation au 3° du I de l'article 128 et au I de l'article 131 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 schémas d'organisation sanitaire arrêtés avant la date d'effet de ces dispositions :

1° Sont prorogés jusqu'à la publication, dans chaque région ou inter-région, du schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique* ou du schéma interrégional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-10 du même code* ;

2° Peuvent être, dans le délai ré-

Texte adopté par la Commission

Article 14 bis

2° Peuvent ...

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

sultant du 1^o, révisés par le directeur général de l'agence régionale de santé ; l'avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire prévue par l'article 131 de la loi n° 2009 879 du 21 juillet 2009* précitée est seul requis sur le projet de révision ;

3^o Sont opposables, dans le même délai, pour l'application du chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique.

Pour l'application du présent I à Mayotte, les références à la région ou à l'interrégion, au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique* ou au schéma interrégional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-10 du même code*, à l'agence régionale de santé et à la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont respectivement remplacées par les références, à Mayotte, au schéma d'organisation des soins de La Réunion et de Mayotte prévu à l'article L. 1443-1 dudit code*, à l'agence de santé de l'océan Indien et à la conférence de la santé et de l'autonomie de Mayotte.

II. – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens arrivant à échéance avant le 31 mars 2012 peuvent être prorogés par voie d'avenant pour une durée allant jusqu'à six mois après la publication du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique*.

La demande de renouvellement des contrats mentionnés au premier alinéa doit être déposée auprès de l'agence régionale de santé au plus tard six mois avant l'échéance du contrat prorogé. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception.

... par *le III* de l'article ...

... révision ;

Amendement AS 180

II. – Les ...

... moyens mentionnés
à l'article L. 6114-1 du code de la santé
publique* arrivant ...

... durée maximale de six ...

... l'article L. 1434-1 du
même code*.

Amendements AS 181 et AS 182

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
Code de la santé publique	III. – L'article L. 6122-2 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :	
Art. L. 6122-2. – L'autorisation est accordée lorsque le projet :		
1° Répond aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas mentionnés aux articles L. 1434-7 et L. 1434-10 ;		
2° Est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ;		
3° Satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.		
Des autorisations dérogeant aux 1° et 2° peuvent être accordées à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire.		
Lorsque les règles fixées en vertu de l'article L. 1151-1 recouvrent le champ d'une activité de soins soumise à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, les établissements titulaires de cette autorisation respectent ces règles en sus des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles L. 6123-1 et L. 6124-1 applicables à l'activité de soins concernée. Les dispositions du sixième alinéa de l'article L. 1151-1 sont applicables à ces établissements.	« Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre des dispositions relatives à l'organisation des soins prévues par les schémas mentionnés aux articles L. 1434-7* et L. 1434-10* sont révisées au plus tard un an après la publication de ces dispositions.	
	« Cette révision est effectuée selon la procédure prévue à l'article L. 6122-12* ; elle peut conduire au retrait de l'autorisation. Le délai de mise en œuvre de la modification de l'autorisation est fixé par la décision de l'agence régionale de santé prévue au troisième	

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

alinéa de l'article L. 6122-12* ; il ne peut être supérieur à un an. »

Art. L. 1434-3. – Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région.

Article 14 ter

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 AS 183

Code de l'action sociale et des familles

Article 15

Article 15

Le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :

I. – Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mu-

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

tuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

a bis) Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 12 % ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.

Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Elle retrace :

a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

a bis) Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 38 % ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3.

Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.

La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique sont imputées sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code.

II. – Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1^o et 2^o de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4^o du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3^o du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

Dispositions en vigueur

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.

III. – Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.

Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application des articles L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée, et L. 541-4 du même code.

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 38 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la

Dispositions en vigueur

formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section, consacrée aux personnes âgées, retrace :

a) En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;

b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1.

2. La deuxième sous-section, consacrée aux personnes handicapées, retrace :

a) En ressources, une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article ; cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers

**Texte adopté
par le Sénat**

formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1* et L. 444-1* et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

« 1° En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4*, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4* affectée au a du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

« 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1* et L. 444-1* ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1*.

« La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut subdéléguer, dans les cas et conditions fixés par décret, l'exécution de ces dépenses aux agences régionales de santé qui ont qualité d'ordonnateurs secondaires et qui rendent compte annuellement de la conformité de ces dépenses aux objectifs assignés à la présente section. »

Texte adopté par la Commission

« 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 AS 190

Dispositions en vigueur

qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1.

Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'État qui recueille, le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

V. – Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

a bis). Pour l'année 2011,2 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;

b bis) Pour l'année 2011,2 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

VI. – Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Art. L. 313-1 – Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.

À titre transitoire, la première autorisation délivrée aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue conformément aux dispositions du présent article a une durée de trois ans.

Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai fixé par décret à compter de sa date de notification.

**Texte adopté
par le Sénat**

Article 16

Texte adopté par la Commission

Article 16

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 du même code 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°..... dumodifiant 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 AS 184

Dispositions en vigueur

Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif.

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.

Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.

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

Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

L'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

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

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

II. – Les opérations de regroupement d'établissements et services pré-existants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations.

**Texte adopté
par le Sénat**

1° Il est ajouté un III ainsi rédigé :
« III. – Les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge au sens du I de l'article L. 312-1* sont exonérées de la procédure d'appel à projet. » ;

2° Le premier alinéa du II est complété par les mots : « au sens du III. »

Texte adopté par la Commission

III. – 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 :

Dispositions en vigueur

Art. L. 314-10. – Les personnes qui s’absentent temporairement, de façon occasionnelle ou périodique, de l’établissement où elles sont accueillies peuvent être dispensées d’acquitter tout ou partie de leurs frais d’hébergement.

Les conditions d’application du présent article, qui peuvent être variables selon la nature de l’établissement et le mode de prise en charge desdits frais, sont soit fixées par voie réglementaire lorsqu’il s’agit d’établissements dont le financement est assuré grâce à une participation directe ou indirecte de l’Etat ou d’organismes de sécurité sociale, soit déterminées par le règlement départemental d’aide sociale lorsqu’il s’agit d’établissements dont le département assure seul le financement.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 322-3. – La participation de l’assuré mentionnée au premier alinéa de l’article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d’Etat, pris après avis de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie et de l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1° lorsque, à l’occasion d’une hospitalisation ou au cours d’une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l’intéressé dépasse un certain montant ;

2° lorsque l’état du bénéficiaire justifie la fourniture d’un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d’acquisition de l’appareil ;

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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. »*

Amendements AS 51 et AS 134

Article 16 bis A

Dispositions en vigueur

3° lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;

4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5° lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;

6° lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1 ;

7° lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8° lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

9° lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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 »*

Amendements AS 185 et AS 38

Dispositions en vigueur

maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;

11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;

12° pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13° pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;

15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;

16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;

17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 312-5. — Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :

1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;

2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :

**Texte adopté
par le Sénat**

Article 16 bis (nouveau)

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

Texte adopté par la Commission

Article 16 bis

Sans modification

Dispositions en vigueur

a) Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

b) Aux services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4 ;

3° Le directeur général de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ;

4° Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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

Dispositions en vigueur

Code de la santé publique

Art. L. 1434-7. – Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité so-

**Texte adopté
par le Sénat**

Article 17 (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il favorise le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation et organise le développement des activités de dialyse à domicile. »

Texte adopté par la Commission

Article 17

Sans modification

Dispositions en vigueur

ciale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.

Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Code de la santé publique

Art. L. 5134-1. – I. – Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Article 17 bis

Dispositions en vigueur

II. — Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. — Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception, et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

Art. L. 5125-15. — Plusieurs officines peuvent, dans les conditions fixées à l'article L. 5125-3, être regroupées en un lieu unique, à la demande de leurs titulaires.

Le lieu de regroupement de ces officines est l'emplacement de l'une d'elles, ou un lieu nouveau situé dans la commune d'une des pharmacies regroupées.

Dans le cadre d'un regroupement dans un lieu nouveau, la nouvelle offi-

**Texte adopté
par le Sénat**

Article 18 (nouveau)

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

Texte adopté par la Commission

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

Amendements AS 80 et AS 157

Article 18

Dispositions en vigueur

cine ne pourra être effectivement ouverte au public que lorsque les officines regroupées auront été fermées.

À la suite d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes, les licences libérées doivent être prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour appliquer les conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, mettre fin à cette prise en compte à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement si les conditions prévues par le premier alinéa de l'article L. 5125-3 ne sont plus remplies.

Art. L. 5125-17. – Le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire.

Les pharmaciens sont autorisés à constituer entre eux une société en nom collectif en vue de l'exploitation d'une officine.

Les pharmaciens sont également autorisés à constituer individuellement ou entre eux une société à responsabilité limitée en vue de l'exploitation d'une officine, à la condition que cette société ne soit propriétaire que d'une seule officine, quel que soit le nombre de pharmaciens associés, et que la gérance de l'officine soit assurée par un ou plusieurs des pharmaciens associés.

Les gérants et les associés sont responsables à l'égard des tiers dans les limites fixées aux articles L. 223-1 et L. 223-22 du code de commerce.

Aucune limite n'est apportée à la responsabilité délictuelle et quasi délictuelle des gérants, qui sont obligatoirement garantis contre tous les risques professionnels.

**Texte adopté
par le Sénat**

« 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. »

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

Tous les pharmaciens associés sont tenus aux obligations de l'article L. 4221-1. En conséquence, tous leurs diplômes étant enregistrés pour l'exploitation de l'officine, ils ne peuvent exercer aucune autre activité pharmaceutique.

Un pharmacien ne peut être propriétaire ou copropriétaire que d'une seule officine.

Tout pharmacien associé dans une société exploitant une officine et qui y exerce son activité doit détenir au moins 5 % du capital social et des droits de vote qui y sont attachés.

Dans une société en nom collectif ou à responsabilité limitée, ou une société d'exercice libéral à responsabilité limitée, il peut, en outre, si les statuts le prévoient, se voir attribuer des parts d'industrie. Le délai de cinq ans mentionné au troisième alinéa de l'article L. 5125-7 ne fait pas obstacle à cette faculté.

La qualité d'associé en industrie est prévue pour une durée maximale de cinq ans, éventuellement renouvelable une fois pour trois ans.

Les dispositions du présent article s'appliquent sous réserve des dispositions de la loi du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

Art. L. 6147-9. – Les hôpitaux des armées figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6147-7 peuvent faire l'objet de l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3, à l'initiative du ministre de la défense.

Ils peuvent participer aux réseaux

**Texte adopté
par le Sénat**

Article 19 (nouveau)

Le second alinéa de l'article L. 6147 9 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Ils peuvent, ainsi que d'autres

Texte adopté par la Commission

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

Amendement AS 186

Article 19

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
de soins prévus à l'article L. 6321-1.	éléments du service de santé des armées, et sans préjudice de leur mission prioritaire mentionnée à l'article L. 6147-7*, être autorisés par le ministre de la défense à participer aux réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1* et aux groupements de coopération sanitaire de moyens prévus à l'article L. 6133-1*. »	
	Article 20 (nouveau)	Article 20
	I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :	
Art. L. 1313-5. – L'établissement est dirigé par un directeur général nommé par décret. Le directeur général émet les avis et recommandations relevant de la compétence de l'agence et prend, au nom de l'État, les décisions qui relèvent de celle-ci en application du titre IV du livre Ier de la cinquième partie.	1° À l'article L. 1313-5, les mots : « en application du titre IV du livre I ^{er} de la cinquième partie » sont supprimés ;	
Art. L. 4112-2. – Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme qui demande son inscription au tableau prévu à l'article L. 4112-1 doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.		
En cas de doute, le président du conseil départemental de l'ordre ou son représentant peut entendre l'intéressé. Une vérification peut être faite à la demande du conseil de l'ordre ou de l'intéressé par le médecin inspecteur départemental de santé publique.	2° À la deuxième phrase du second alinéa des articles L. 4112-2 et L. 4123-10 et au troisième alinéa de l'article L. 4123-12, les mots : « médecin inspecteur départemental de santé publique » sont remplacés par les mots : « médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;	2° ...
Art. L. 4123-10. – Lorsque, par leur fait, les membres d'un conseil départemental mettent celui-ci dans l'impossibilité de fonctionner, le directeur général de l'agence régionale de santé, sur proposition du conseil national de l'ordre, nomme une délégation de trois à cinq membres suivant l'importance numérique du conseil défaillant. Cette délégation assure les fonctions du conseil départemental jusqu'à l'élection d'un nouveau conseil.		... « médecin, <i>chirurgien dentiste ou sage-femme désignés</i> par... ... santé » ;

Dispositions en vigueur

En cas de démission de la majorité des membres de cette délégation, celle-ci est dissoute de plein droit et le conseil national organise de nouvelles élections dans les deux mois suivant la dernière démission. Jusqu'à l'entrée en fonctions d'un nouveau conseil départemental, l'inscription au tableau de l'ordre est dans ce cas prononcée par le conseil national de l'ordre, suivant la procédure prévue au présent chapitre, après avis du médecin inspecteur départemental de santé publique. Toutes les autres attributions du conseil départemental sont alors dévolues au conseil national.

Art. L. 4123-12. – Les délibérations du conseil départemental de l'ordre ne sont pas publiques.

En cas de partage égal de voix, le président a voix prépondérante.

Le médecin inspecteur départemental de santé publique assiste aux séances du conseil départemental, avec voix consultative.

Le conseil départemental peut se faire assister d'un conseiller juridique.

Art. L. 4132-9. – Sont adjoints à la chambre disciplinaire de première instance avec voix consultative :

1° Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant ;

2° Un professeur d'une unité de formation et de recherche de médecine de la région, désigné par le ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

3° Un praticien-conseil d'un échelon local du service médical désigné par le médecin-conseil régional, pour les affaires relevant de l'application des lois sur la sécurité sociale.

Un représentant des médecins salariés, désigné par le président du tribunal administratif, est adjoint à chaque chambre disciplinaire de première instance, avec voix consultative, si cette chambre ne com-

**Texte adopté
par le Sénat**

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

Texte adopté par la Commission

3° Au ...
... mots : « inspecteur ...
... mots : « *le chirurgien-dentiste ou sage-femme* désigné ...
... santé » ;

Amendement AS 93

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

prend aucun médecin de cette catégorie.

Art. L. 4142-5. – Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance.

Art. L. 4152-8. – Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance.

Art. L. 4232-5. – Le conseil régional de la section A de l'ordre des pharmaciens assure le respect des règles professionnelles propres à la pharmacie d'officine.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen par son président, par le directeur général de l'agence régionale de santé, par le conseil central de la section A, par les syndicats pharmaceutiques régionaux et par tous les pharmaciens inscrits à l'ordre dans la région.

Il règle tous les rapports dans le cadre professionnel entre les pharmaciens agréés comme maîtres de stage et les étudiants stagiaires.

Le conseil régional ou son président peut demander au pharmacien inspecteur régional de santé publique de faire procéder à des enquêtes. Le conseil régional est saisi du résultat de ces enquêtes.

Art. L. 6142-11. – Les difficultés qui s'élèvent à l'occasion de la conclusion ou de l'application des conventions prévues à l'article L. 6142-3 sont examinées par une commission comprenant le représentant de l'État dans le département, président, le directeur de l'unité de formation et de recherches médicales ou pharmaceutiques ou, lorsqu'il existe un comité de coordination de l'enseignement médical ou pharmaceutique, le président de ce comité et le médecin inspecteur régional de santé publique ou le pharmacien inspecteur régional.

4° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 4232-5, les mots : « au pharmacien inspecteur régional de santé publique » sont remplacés par les mots : « à un pharmacien désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 6142-11, les mots : « le médecin inspecteur régional de santé publique ou le pharmacien inspecteur régional » sont remplacés par les mots : « le médecin ou le pharmacien désigné par le directeur gé-

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

À défaut d'accord intervenu devant cette commission, il est statué par décision commune des ministres de l'enseignement supérieur et de la santé, dans les conditions déterminées par voie réglementaire.

Art. L. 5463-1. – Outre les officiers et agents de police judiciaire agissant conformément aux dispositions du code de procédure pénale, les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, de la direction générale des douanes et de la direction générale des finances publiques et les médecins inspecteurs départementaux de santé publique sont habilités à rechercher et à constater les infractions aux dispositions de l'article L. 5232-1 et des textes réglementaires pris pour leur application dans les conditions prévues au livre II du code de la consommation.

Les sanctions en cas d'infractions aux dispositions du même article sont fixées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 4321-16. – Le conseil national fixe le montant de la cotisation qui doit être versée à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes par chaque personne physique ou morale inscrite au tableau. Il détermine également les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à l'échelon départemental, régional et national. Toutefois, la cotisation n'est pas due par le masseur-kinésithérapeute réserviste sanitaire dès lors qu'il n'exerce la profession qu'à ce titre.

Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner les oeuvres intéressant la profession ainsi que les oeuvres d'entraide.

Il valide et contrôle la gestion des conseils départementaux ou interdépartementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les

néral de l'agence régionale de santé » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 5463-1, les mots : « les médecins inspecteurs départementaux de santé publique » sont remplacés par les mots : « les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

7° La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 4321 16 est ainsi rédigée :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux ou interrégionaux ainsi que départementaux ou interdépartementaux » ;

Dispositions en vigueur

modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils.

Il verse aux conseils départementaux ou interdépartementaux une somme destinée à assurer une harmonisation de leurs charges sur le plan national.

Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national.

Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de masseur-kinésithérapeute ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux ou interdépartementaux par une délibération en séance plénière.

Art. L. 3711-4. – L'État prend en charge les dépenses afférentes aux interventions des médecins coordonnateurs.

Art. L. 5126-2. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5126-1, lorsqu'il n'y a pas d'autre source d'approvisionnement possible pour un médicament ou produit déterminé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser, pour une durée limitée, un établissement public de santé ou un établissement de santé privé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 à approvisionner d'autres pharmacies à usage intérieur. Il en informe le représentant de l'État dans le département.

Toutefois, pour un besoin impératif et immédiat, l'approvisionnement peut être effectué sans l'autorisation prévue à l'alinéa précédent, sous réserve d'en informer au plus vite le directeur général de l'agence régionale de santé.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

8° Au début de l'article L. 3711-4, les mots : « L'État prend » sont remplacés par les mots : « Les agences régionales de santé prennent » ;

9° Au premier alinéa de l'article L. 5126-2, les mots : « de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « général de l'agence régionale de santé » ;

Dispositions en vigueur

Exceptionnellement, en cas de nécessité, le directeur général de l'agence régionale de santé, peut autoriser, pour une durée limitée, les établissements publics de santé à vendre au détail des médicaments lorsqu'il n'y a pas d'autre source de distribution possible.

En cas d'urgence, les établissements publics de santé sont autorisés à vendre en gros, dans les meilleures conditions financières, des médicaments non disponibles par ailleurs aux organisations à but non lucratif et à vocation humanitaire, agréées par l'autorité administrative, ainsi qu'à l'État pour l'exercice de ses missions humanitaires.

Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à d'autres établissements mentionnés à l'article L. 5126-1, ainsi qu'à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1, des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les modalités de facturation de ces préparations et de ces spécialités. Les préparations hospitalières susmentionnées et les spécialités pharmaceutiques reconstituées peuvent être également délivrées par un établissement pharmaceutique créé au sein d'un établissement public de santé en application de l'article L. 5124-9.

Les pharmacies à usage intérieur peuvent approvisionner en médicaments réservés à l'usage hospitalier les établissements de santé délivrant des soins à domicile ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur.

Les pharmacies à usage intérieur peuvent assurer tout ou partie de la stérilisation de dispositifs médicaux pour le compte d'un autre établissement ou, dans le cadre des dispositions prévues à l'article L. 3114-6, pour les professionnels de santé et les directeurs de laboratoires de biologie médicale exerçant en dehors des établissements de santé.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

—

Pour certaines catégories de préparations, une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut confier, par un contrat écrit, la réalisation de préparations à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Ces préparations sont réalisées en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5.

Les établissements pharmaceutiques des établissements de santé peuvent, à titre exceptionnel et sous réserve que l'autorisation délivrée en application de l'article L. 5124-9 le précise, confier sous leur responsabilité, par un contrat écrit, la réalisation de préparations hospitalières à un établissement pharmaceutique autorisé pour la fabrication de médicaments. Cette sous-traitance fait l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique des établissements de santé concernés au ministre chargé de la santé et au directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Art. L. 5126-3. — Les activités prévues aux cinquième et sixième alinéas de l'article L. 5126-2 sont assurées sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé, délivrée pour une durée déterminée après avis de l'inspection compétente et au vu d'une convention qui fixe les engagements des parties contractantes.

Art. L. 6122-6. — Le regroupement mentionné à l'article L. 6122-1 consiste à réunir en un même lieu tout ou partie des activités de soins précédemment autorisées sur des sites distincts à l'intérieur de la même région ou réparties entre plusieurs régions.

La conversion mentionnée à l'article L. 6122-1 consiste à transformer pour tout ou partie la nature de ses activités de soins.

Par dérogation aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 1434-9, l'autorisation de regroupement ou de conversion peut être accordée à des titulaires d'autorisation

**Texte adopté
par le Sénat**

—

Texte adopté par la Commission

—

10° À l'article L. 5126-3, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième » ;

Dispositions en vigueur

situés dans un territoire de santé dont les moyens excèdent ceux qui sont prévus par le schéma d'organisation des soins .

Dans ce cas, cette autorisation, outre les autres conditions prévues à l'article L. 6122-2, est subordonnée à une adaptation de l'activité négociée dans le cadre d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens délibéré par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements.

Art. L. 6141-7-2. – Des conseillers généraux des établissements de santé assurent à la demande du ministre chargé de la santé les attributions suivantes :

1° Proposer au ministre toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de ces établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'État ;

2° Entreprendre toutes études et enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements et des structures de santé auxquelles ils participent ou qu'ils gèrent ;

3° Assurer, sur le même champ, des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion.

Les conseillers généraux des établissements de santé relèvent du titre IV du statut général des fonctionnaires et sont rattachés, pour leur gestion et leur rémunération, à l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers et sont recrutés sur des emplois dotés d'un statut fonctionnel dans des conditions définies par décret en Conseil d'État parmi les fonctionnaires de caté-

**Texte adopté
par le Sénat**

11° Au quatrième alinéa de l'article L. 6122-6, les mots : « délibéré par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « conclu avec le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

gorie A et les praticiens titulaires ou parmi les personnalités qui ont exercé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec l'hôpital ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique. À la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les conditions prévues à l'article L. 6143-3-1, des conseillers généraux des établissements de santé peuvent être désignés par le ministre chargé de la santé pour assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé.

Art. L. 6145-8. – Les comptables des établissements publics de santé sont des comptables publics de l'État ayant qualité de comptable principal.

Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

1° D'insuffisance de fonds disponibles ;

2° De mauvaise imputation comptable des dépenses ;

3° D'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement ;

4° De dépenses mandatées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants lorsque ces crédits ont un caractère limitatif.

L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié à l'autorité compétente de l'État qui le transmet à la chambre régionale des comptes.

En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.

Le comptable assiste avec voix consultative au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence.

**Texte adopté
par le Sénat**

12° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 6141-7-2, les mots : « directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé » ;

13° Aux septième et neuvième alinéas de l'article L. 6145 8, les mots : « conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « conseil de surveillance » ;

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

À la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur.

Art. L. 6148-1. – Conformément aux dispositions de l'article L. 3111-1 du code général de la propriété des personnes publiques, les propriétés qui relèvent du domaine public des établissements publics de santé et de structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique sont inaliénables et imprescriptibles.

Toutefois, les propriétés qui relèvent de ce domaine peuvent être cédées dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ou échangées dans les conditions fixées aux articles L. 3112-2 et L. 3112-3 du même code.

Les dispositions des articles L. 1311-13 et L. 1311-14 du code général des collectivités territoriales s'appliquent à ce domaine.

Art. L. 6162-8. – Nul ne peut être membre d'un conseil d'administration :

1° À plus d'un titre ;

2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

3° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé qui n'est pas un établissement de santé privé d'intérêt collectif ;

4° S'il est lié à l'établissement par contrat, notamment s'il est agent salarié de l'établissement ;

14° Le dernier alinéa de l'article L. 6148-1 est supprimé ;

15° L'article L. 6162-8 est ainsi modifié :

Dispositions en vigueur

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

5° S'il a une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Toutefois, l'incompatibilité prévue au 4° ci-dessus n'est opposable ni aux représentants des salariés mentionnés au 6° de l'article L. 6162-7 ni aux représentants mentionnés aux 2° et 3° du même article ayant passé avec le centre la convention prévue à l'article L. 6142-5 ni à ceux mentionnés au 6° ayant conclu avec lui les contrats prévus aux articles L. 1110-11 et L. 1112-5. Au cas où il est fait application d'une autre incompatibilité à ces représentants, la commission médicale, le comité d'entreprise, le conseil de l'unité de formation et de recherche, le comité de coordination de l'enseignement médical, ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désignent un remplaçant.

Art. 6163-9. – L'exercice de la médecine par les associés coopérateurs constitue leur apport à la société coopérative de médecins qu'ils forment. Quel que soit le payeur, le paiement ou le mode de paiement de cette activité médicale, les versements sont effectués à la société coopérative de médecins sur un compte nominatif ouvert à cet effet.

L'assemblée générale fixe les règles de détermination des honoraires payés et les modalités de versement, par ladite société, aux coopérateurs en prix de leurs apports, seuls les associés coopérateurs ayant droit de vote.

Ces règles sont communiquées à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil départemental des médecins.

Les honoraires ainsi déterminés le sont à titre provisoire et ne deviennent définitifs qu'à la clôture des comptes, après imputation des résultats de l'exercice.

a) Au 5°, les mots : « la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « l'agence régionale de santé » ;

b) À la seconde phrase du dernier alinéa, les mots : « le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

16° Au troisième alinéa de l'article L. 6163-9, les mots : « de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « de santé ».

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
<p>Code de l'action sociale et des familles</p> <p>Art. L. 313-22-1. — Est puni des peines prévues à l'article L. 1425-1 du code de la santé publique le fait de faire obstacle au contrôle prévu à la section 4 du chapitre III du titre I^{er} et au titre III du livre III.</p> <p>Art. L. 313-3. — L'autorisation est délivrée :</p> <p>a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1^o, 6^o, 7^o, 8^o, 11^o et 12^o du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;</p> <p>b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2^o, 3^o, b du 5^o, 6^o, 7^o, 9^o, 11^o et 12^o du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5^o du I du même article ;</p> <p>c) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4^o, 8^o, 11^o, 12^o et 13^o du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14^o et 15^o du I de l'article L. 312-1 ;</p> <p>d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3^o du I et du III de l'article L. 312-1 ;</p> <p>e) Conjointement par l'autorité</p>	<p>II. — Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1^o À l'article L. 313-22-1, la référence : « L. 1425-1* » est remplacée par la référence : « L. 1427-1* » ;</p> <p>2^o Au b de l'article L. 313-3, la référence : « 3^o, » est supprimée ;</p>	

Dispositions en vigueur

compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

f) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article.

Art. L. 313-12-2. – Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Art. 52. – L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national

**Texte adopté
par le Sénat**

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2, la référence : « 3°, » est supprimée.

III. – Le deuxième alinéa de l'article 52 de la loi n° 2004 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est ainsi modifié :

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

des psychothérapeutes.

L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l'État dans le département de leur résidence professionnelle ou à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte ou à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département ou à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation.

L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

Le décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique.

**Texte adopté
par le Sénat**

1° À la première phrase, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé » ;

2° À la troisième phrase, les mots : « un autre département » sont remplacés par les mots : « une autre région ».

Texte adopté par la Commission

2° À la quatrième phrase, ...

... région ».

Amendement AS 187

Dispositions en vigueur	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
<p>Le décret en Conseil d'État précise également les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret.</p>	<p>Article 21 (nouveau)</p> <p>I. – Les articles 10 et 11 sont applicables à Wallis et Futuna.</p> <p>II. – Le 1° de l'article 11 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.</p>	Article 21
<p>Code de la santé publique</p> <p>Troisième partie Lutte contre les maladies et dépendances Livre VIII Mayotte, îles Wallis et Futuna et Terres australes et antarctiques françaises, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française Titre II Îles Wallis et Futuna Chapitre II Lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme</p>	<p>III. – Le chapitre II du titre II du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3822-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3822-5. – L'article L. 3511-2-1* est applicable à Wallis-et-Futuna. »</p>	<p>III. – <i>L'article L. 3822-4 est ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Le dernier alinéa de l'article L. 3511-2* et l'article L. 3511-2-1* sont applicables à Wallis-et-Futuna. »</i></p>
Code de la mutualité	<p>Art. L. 112-1. – Les mutuelles et les unions qui mènent des activités de prévention ou d'action sociale ou qui gèrent des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ne peuvent moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.</p> <p>Les mutuelles et les unions exerçant une activité d'assurance sont soumises aux dispositions de l'alinéa précédent pour les opérations individuelles</p>	<p>Amendement AS 201</p> <p>Article 22</p> <p><i>L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p>

Dispositions en vigueur

et collectives à adhésion facultative relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Pour ces opérations, les mutuelles et les unions ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Art. L. 411-2. – Le Conseil supérieur de la mutualité est présidé par le ministre chargé de la mutualité ou, en son absence, par son représentant qui en est membre de droit.

Le Conseil supérieur de la mutualité est composé en majorité de représentants des mutuelles, unions et fédérations qui sont élus par les comités régionaux de coordination de la mutualité.

Art. L. 411-3. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent chapitre et notamment :

a) La composition du Conseil supérieur de la mutualité et les modalités d'élection de ses membres ;

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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 AS 106

Article 23

Le titre I^{er} du livre IV du même code est ainsi modifié :

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

Dispositions en vigueur

b) Les obligations déclaratives auxquelles sont soumises les mutuelles, unions et fédérations.

Chapitre II

Comités régionaux de coordination de la mutualité.

Art. L. 412-1 – Les frais de fonctionnement des comités régionaux de coordination de la mutualité siégeant auprès des préfets de région sont répartis entre les mutuelles, unions et fédérations de la région et recouverts dans des conditions fixées par décret.

L'avance en est faite par une mutuelle, union ou fédération désignée par chaque comité.

Art. L. 412-2 – Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, et notamment :

a) La composition et les modalités d'élection des comités régionaux de coordination de la mutualité ;

b) Les attributions de ces comités ainsi que leurs conditions de fonctionnement.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

3° Le chapitre II est abrogé.

Amendement AS 105

Article 24

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 :

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

« 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 la pêche maritime* 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.

Dispositions en vigueur

—

Code de la santé publique

Art. L. 1142-21-1. – Lorsqu'un médecin régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, ou lorsque qu'une sage-femme, régie au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-9 du même code, et exerçant dans un établissement de santé, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un acte lié à la naissance, que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du présent code est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur dans le cadre des contrats souscrits en application de l'article L. 1142-2. Le professionnel doit alors à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux remboursement de la créance correspondante, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du

**Texte adopté
par le Sénat**

—

Texte adopté par la Commission

—

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. ».

Dispositions en vigueur

code des assurances est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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.

Amendement AS 220

Article 25

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, 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'associ-

Dispositions en vigueur

Texte adopté
par le Sénat

Texte adopté par la Commission

ations 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 loidu.....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 dans les deux ans suivant la promulgation de loi du modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Dispositions en vigueur

Code de la sécurité sociale

Art. L. 357-14. – L'état d'inaptitude est apprécié par la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg. En cas de contestation sur cet état, le différend est porté devant la commission régionale instituée par l'article L. 143-2 et dont les décisions sont susceptibles d'appel devant la commission nationale mentionnée à l'article L. 143-3.

Livre II

Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre I^{er}

Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre V

Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Section 2

Caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg

Art. 215-5. – La caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg gère le régime particulier prévu par le chapitre VII du titre V du livre III du présent code.

Les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires du code des assurances sociales du 19 juillet 1911 et de la loi du 20 décembre 1911 demeurent affiliés à la caisse régionale de Strasbourg.

Art. L. 216-1. – Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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 du présent article. »

Amendement AS 96

Article 26

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 » ;

Dispositions en vigueur

travail, la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg et les caisses d'allocations familiales sont constituées et fonctionnent conformément aux dispositions du présent code et des textes pris pour son application.

Elles disposent dans les conditions prévues par le présent code des dons et legs reçus par elles.

Art. 215-6. — La caisse régionale de Strasbourg assure, selon les règles de droit commun de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les missions fixées au 1° de l'article L. 215-1 et met en œuvre le programme d'action sanitaire et sociale défini par la caisse nationale mentionnée à l'article L. 222-4, pour les assurés qui n'optent pas pour le régime défini aux articles L. 357-1 et suivants.

Art. 215-3. — Pour les régions Ile-de-France et Alsace, les caisses compétentes mentionnées à l'article L. 215-1 n'exercent pas les missions fixées au 1° de cet article, ni celles fixées au 3° pour ce qui concerne le programme d'action sanitaire et sociale défini par la caisse nationale mentionnée à l'article L. 222-4.

Le conseil d'administration des caisses mentionnées à l'alinéa précédent est composé dans les conditions fixées à l'article L. 215-2. Toutefois, n'est pas applicable la disposition relative à la présence d'au moins un représentant des retraités parmi les quatre personnes qualifiées.

Art. 215-7. — La caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg est administrée par un conseil d'administration de vingt membres comprenant :

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

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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 ;

Dispositions en vigueur

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

3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance vieillesse et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

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 ou, en cas de désaccord entre celles-ci, par l'Union nationale des associations familiales ;

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

Art. L. 215-2. – Chaque caisse régionale d'assurance maladie 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

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

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

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

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

« Siègent également, avec voix consultative :

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

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

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

Dispositions en vigueur

française ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses régionales d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

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.

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 deuxième et troisième alinéas du présent article.

**Texte adopté
par le Sénat**

Texte adopté par la Commission

« 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 AS 104

ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

Code de l'action sociale et des familles 314

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 14-10-4</i>	Voir ci-après
<i>L. 146-8</i>	Voir ci-après
<i>L. 312-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 314-3-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 315-16</i>	Voir ci-après
<i>L. 441-1</i>	Voir ci-après
<i>D. 312-12</i>	Voir ci-après
<i>D. 312-59-2</i>	Voir ci-après
<i>D. 312-59-9</i>	Voir ci-après
<i>R. 314-26</i>	Voir ci-après
<i>R. 314-122</i>	Voir ci-après
<i>R. 344-2</i>	Voir ci-après

Code de l'éducation 321

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 312-9-1</i>	Voir ci-après

Code des juridictions financières 321

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. O.132-3</i>	Voir ci-après
<i>L. 132-3-3</i>	<i>Cf. Article 7 bis</i>

Code pénal 321

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>121-2</i>	Voir ci-après
<i>433-17</i>	Voir ci-après
<i>433-25</i>	Voir ci-après

Code des pensions civiles et militaires de retraite 322

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 28 à L. 30</i>	Voir ci-après

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre 323

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 9 à L. 15</i>	Voir ci-après

Code rural et de la pêche maritime 325

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 752-6</i>	Voir ci-après

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 1111-8</i>	Voir ci-après
<i>L. 1111-14</i>	Voir ci-après
<i>L. 1111-19</i>	Voir ci-après
<i>L. 1111-24</i>	Voir ci-après
<i>L. 1114-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 1142-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 1411-6</i>	Voir ci-après
<i>L. 1411-11</i>	Voir ci-après
<i>L. 1411-12</i>	Voir ci-après
<i>L. 1425-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 1427-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 1432-6</i>	Voir ci-après
<i>L. 1433-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 1434-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 1434-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 1434-7</i>	<i>Cf. Article 17</i>
<i>L. 1434-10</i>	Voir ci-après
<i>L. 1435-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 1443-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 3115-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 3115-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 3115-3</i>	Voir ci-après
<i>L. 3133-6</i>	Voir ci-après
<i>L. 3135-1</i>	<i>Cf. Article 10</i>
<i>L. 3511-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 3511-2-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 4041-4</i>	<i>Cf. Article 1^{er}</i>
<i>L. 4111-1-1</i>	<i>Cf. Article 3 bis BA</i>
<i>L. 4113-6</i>	<i>Cf. Article 9 bis</i>
<i>L. 4113-6-1</i>	<i>Cf. Article 9 bis</i>
<i>L. 5121-1</i>	Voir ci-après
<i>L.5125-11</i>	Voir ci-après
<i>L. 6112-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 6112-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 6113-8</i>	Voir ci-après
<i>L. 6114-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 6122-12</i>	Voir ci-après
<i>L. 6133-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 6141-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 6145-16</i>	Voir ci-après
<i>L. 6147-7</i>	Voir ci-après
<i>L. 6321-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 6323-1</i>	<i>Cf. Article 7</i>
<i>L. 6323-3</i>	<i>Cf. Article 2</i>

Code de la sécurité sociale 340

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 162-2-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-5</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-9</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-12-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-12-9</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-12-15</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-12-17</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-12-18</i>	<i>Cf. Article 5</i>
<i>L. 162-12-19</i>	<i>Cf. Article 5</i>
<i>L. 162-14</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-14-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 162-32-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 174-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 221-1-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 231-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 242-1</i>	Voir ci-après
<i>L. 311-11</i>	Voir ci-après
<i>L. 322-3</i>	<i>Cf. Article 16 bis A</i>
<i>L. 322-5-2</i>	Voir ci-après
<i>L. 434-2</i>	Voir ci-après

Code du travail 353

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>L. 8221-6</i>	Voir ci-après

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires 354

<i>Article</i>	<i>Se reporter à</i>
<i>128</i>	Voir ci-après
<i>131</i>	Voir ci-après

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-4 – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :

1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;

2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;

3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;

4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;

5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.

Art. L. 146-8 – Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Elle entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal. Dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée. Lors de l'évaluation, la personne handicapée, ses parents ou son représentant légal peuvent être assistés par une personne de leur choix. La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente.

L'équipe pluridisciplinaire sollicite, en tant que de besoin et lorsque les personnes concernées en font la demande, le concours des établissements ou services visés au 11° du I de l'article L. 312-1 ou des centres désignés en qualité de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.

Art. L. 312-1. – I. – Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé » et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

14° Les services mettant en oeuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;

15° Les services mettant en oeuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II. – Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III. – Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir et leurs règles de financement et de tarification.

IV. – Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

Art. L. 314-3-1. – Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ;

2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ;

3° Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ;

4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4, dans le cadre de conventions passées avec les

organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés.

Art. L. 315-16. – Les comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont des comptables publics de l'État ayant qualité de comptables principaux.

Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

1° D'insuffisance de fonds disponibles ;

2° De dépenses ordonnancées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée ;

3° D'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.

L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au directeur départemental des finances publiques, qui le transmet à la chambre régionale des comptes.

En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.

Le comptable assiste, avec voix consultative, au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence.

A la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur.

Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales.

Art. L. 441-1. – Pour accueillir habituellement à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus et, s'agissant des personnes handicapées adultes, ne relevant pas des dispositions de l'article L. 344-1, une personne ou un couple doit, au préalable, faire l'objet d'un agrément, renouvelable, par le président du conseil général de son département de résidence qui en instruit la demande.

La personne ou le couple agréé est dénommé accueillant familial.

La décision d'agrément fixe, dans la limite de trois, le nombre de personnes pouvant être accueillies.

L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue organisée par le président du conseil général et si un suivi social et médico-social de celles-ci peut être assuré. Tout refus d'agrément est motivé.

En cas de changement de résidence, l'agrément demeure valable sous réserve d'une déclaration préalable auprès du président du conseil général du nouveau lieu de résidence qui s'assure que les conditions mentionnées au quatrième alinéa sont remplies.

L'agrément vaut, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale au titre des articles L. 113-1 et L. 241-1.

Art. L. 444-1. – Les personnes morales de droit public ou de droit privé peuvent, après accord du président du conseil général du département de résidence de l'accueillant familial, être employeurs des accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1.

Les accueillants familiaux employés par des collectivités territoriales ou leurs établissements publics administratifs sont des agents non titulaires de ces collectivités. Les accueillants familiaux employés par des établissements sociaux ou médico-sociaux publics sont des agents non titulaires de ces établissements. Les accueillants familiaux employés par des établissements publics de santé sont des agents non titulaires de ces établissements.

Les dispositions particulières qui leur sont applicables sont fixées par voie réglementaire.

Le présent chapitre n'est pas applicable aux accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 443-10 ayant passé un contrat avec un établissement ou service de soins pour accueillir des malades mentaux en accueil familial thérapeutique.

Art. D. 312-12 – L'accompagnement mis en place au sein de l'établissement ou du service tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne et sociale des enfants ou des adolescents accueillis.

Il a également pour objectif d'assurer leur insertion dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle.

Cet accompagnement peut concerner les enfants adolescents aux différents stades de l'éducation précoce et, selon leur niveau d'acquisition, de la formation préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique. Les missions de l'établissement ou du service comprennent :

- 1° L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- 2° Les soins et les rééducations ;
- 3° La surveillance médicale régulière, générale ainsi que de la déficience et des situations de handicap ;
- 4° L'établissement d'un projet individualisé d'accompagnement prévoyant :
 - a) L'enseignement et le soutien permettant à chaque enfant de réaliser, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation, en référence aux programmes scolaires en vigueur, les apprentissages nécessaires ;
 - b) Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent et à faciliter la communication et la socialisation.

Un projet d'établissement à visée pédagogique, éducative et thérapeutique précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer

Art. D. 312-59-2 – I. – Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques :

1° Accompagnent le développement des personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1, au moyen d'une intervention interdisciplinaire. Cet accompagnement amène ces personnes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie ;

2° Dispensent des soins et des rééducations ;

3° Favorisent le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social ;

4° Promeuvent leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. À ce titre, ils favorisent le maintien ou préparent l'accueil des intéressés en écoles et établissements scolaires, dans des dispositifs ordinaires ou adaptés, ou au titre de l'unité d'enseignement créée par convention conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article D. 312-10-6 ;

5° Assurent, à l'issue de l'accompagnement, un suivi de ces personnes pendant une période définie et renouvelable dans la limite de trois années ;

6° Peuvent participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées pour les personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1.

II. – Pour mettre en oeuvre les missions définies au I du présent article, les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques disposent d'une équipe interdisciplinaire qui :

1° Conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire réalisée en partenariat avec les équipes de psychiatrie de secteur, les services et établissements de l'éducation nationale et, le cas échéant, les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse ;

2° Réalise ces actions dans le cadre d'un projet personnalisé d'accompagnement, adapté à la situation et l'évolution de chaque personne accueillie.

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques se dotent, conformément à l'article L. 311-8, d'un projet d'établissement tel que défini à l'article D. 312-59-4.

Art. D. 312-59-9 – I. – L'équipe interdisciplinaire comporte une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui :

1° Dresse dès l'admission un bilan de santé puis veille à son actualisation pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte accueilli ;

2° Assure une fonction générale de surveillance de la santé physique et psychique des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis ;

3° Veille à la réalisation du projet d'établissement dans sa dimension thérapeutique ;

4° En lien avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires extérieurs, notamment les médecins traitants, met en oeuvre, au sein de l'établissement, et veille à la délivrance, à l'extérieur de celui-ci, de toute forme de soins et de soutien psychologique.

L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un médecin. Un registre de l'état sanitaire mentionne tous les accidents et incidents survenus ainsi que les hospitalisations effectuées.

II. – L'équipe visée au I du présent article :

1° Comprend :

- un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, le cas échéant exerçant dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;

- un pédiatre ou un médecin généraliste ;

- un psychologue clinicien ;

2° En fonction du projet d'établissement, comprend ou associe tout ou partie des professionnels suivants :

- orthophonistes ;

- psychomotriciens ;

- les auxiliaires médicaux tels que mentionnés au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, requis ;

3° Développe, dans le cadre du projet d'établissement, des liens fonctionnels avec les secteurs de psychiatrie concernés.

Art. R. 314-26. – Ne peuvent être prises en compte pour la fixation du tarif d'un établissement ou service relevant du présent chapitre, à l'exception des établissements relevant du I de l'article L. 313-12, pour lesquels s'appliquent les dispositions des articles R. 314-167 et R. 314-168 :

1° Les frais d'inhumation des personnes accueillies dans l'établissement ou le service, sauf lorsque ce dernier relève du 1° ou du 4° du I de l'article L. 312-1 ;

2° Les frais médicaux, notamment dentaires, les frais paramédicaux, les frais pharmaceutiques et les frais de laboratoire, autres que ceux afférents aux soins qui correspondent aux missions de l'établissement ou du service ;

3° Le coût des soins dispensés par les établissements de santé autres que ceux autorisés à dispenser des soins de longue durée ;

4° Le coût des dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, à l'exception de ceux qui figurent sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale ;

5° Les dépenses afférentes aux équipements individuels qui compensent les incapacités motrices et sensorielles, lorsqu'ils sont également utilisés au domicile de la personne accueillie ou qu'ils ne correspondent pas aux missions de l'établissement ou du service ;

6° Le coût des examens qui nécessitent le recours à un équipement matériel lourd au sens de l'article L. 6122-14 du code de la santé publique ;

7° Les dépenses d'alimentation des personnes hébergées dans les appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 ;

8° Les frais liés aux actions de prévention en santé publique, à l'exception des actes et traitements mentionnés au 6° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ;

9° Les dotations aux amortissements et aux provisions pour congés à payer et charges sociales et fiscales y afférents, dont les modalités ne respectent pas les règles de l'instruction comptable des établissements publics sociaux et médico-sociaux.

Art. R. 314-122. – I. – Les soins complémentaires, délivrés à titre individuel par un médecin, un auxiliaire médical, un centre de santé, un établissement de santé ou un autre établissement ou service médico-social, sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire dans les conditions de droit commun, en sus du tarif versé à l'établissement ou au service :

1° Soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service ;

2° Soit, par dérogation aux dispositions du 2° de l'article R. 314-26, lorsque, bien que ressortissant aux missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière. Dans ce cas, ces soins doivent faire l'objet d'une prescription par un médecin attaché à l'établissement ou au service.

II. – Lorsque les soins complémentaires mentionnés au I sont liés au handicap ayant motivé l'admission dans l'établissement ou le service, leur remboursement est subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical, dans les conditions prévues à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

Les préconisations de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, lorsqu'elles existent, sont jointes à la demande d'entente préalable.

Art. R. 344-2. – Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :

1° L'hébergement ;

2° Les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements ;

3° Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ;

4° Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.

Elles peuvent en outre être autorisées à recevoir soit en accueil de jour permanent, soit en accueil temporaire des personnes handicapées mentionnées à l'article R. 344-1.

Code de l'éducation

Art. L. 312-9-1. – La langue des signes française est reconnue comme une langue à part entière. Tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la langue des signes française. Le Conseil supérieur de l'éducation veille à favoriser son enseignement. Il est tenu régulièrement informé des conditions de son évaluation. Elle peut être choisie comme épreuve optionnelle aux examens et concours, y compris ceux de la formation professionnelle. Sa diffusion dans l'administration est facilitée.

Code des juridictions financières

Art. L.O. 132-3. – Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Ce rapport comprend l'avis de la cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos présentés dans la partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos. Ce rapport présente, en outre, une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes.

Les réponses faites aux observations de la Cour des comptes sont jointes au rapport.

Code pénal

Art. L. 121-2. – Les personnes morales, à l'exclusion de l'État, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121-4 à 121-7, des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants.

Toutefois, les collectivités territoriales et leurs groupements ne sont responsables pénalement que des infractions commises dans l'exercice d'activités susceptibles de faire l'objet de conventions de délégation de service public.

La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article 121-3

Art. 433-17. – L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Les personnes physiques ou morales coupables du délit prévu à la présente section encourent également la peine complémentaire suivante : interdiction de l'activité de prestataire de formation professionnelle continue au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail pour une durée de cinq ans.

Art. 433-25. – Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, des infractions définies aux sections 1, 6, 7, 9 et 10 du présent chapitre encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38 :

1° (Abrogé) ;

2° Pour une durée de cinq ans au plus, les peines mentionnées aux 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et 7° de l'article 131-39 ;

3° La confiscation prévue à l'article 131-21 ;

4° L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée dans les conditions prévues par l'article 131-35.

L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

Code des pensions civiles et militaires de retraite

Art. L. 28. – Le fonctionnaire civil radié des cadres dans les conditions prévues à l'article L. 27 a droit à une rente viagère d'invalidité cumulable avec la pension rémunérant les services.

Le droit à cette rente est également ouvert au fonctionnaire retraité qui est atteint d'une maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la commission de réforme postérieurement à la date de la radiation des cadres, dans les conditions définies à l'article L. 31. Dans ce cas, la jouissance de la rente prend effet à la date du dépôt de la demande de l'intéressé, sans pouvoir être antérieure à la date de publication de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Il en est également ainsi lorsque l'entrée en jouissance de la pension est différée en application de l'article L. 25 du présent code.

Le montant de la rente d'invalidité est fixé à la fraction du traitement ou de la solde de base définis à l'article L. 15 égale au pourcentage d'invalidité. Si le montant de ce traitement ou de cette solde de base dépasse un montant correspondant à la valeur de l'indice majoré 681 au 1^{er} janvier 2004, revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16, la fraction dépassant cette limite n'est comptée que pour le tiers. Toutefois, il n'est pas tenu compte de la fraction excédant dix fois ce montant brut.

Le taux d'invalidité est déterminé compte tenu d'un barème indicatif fixé par décret.

La rente d'invalidité ajoutée à la pension ne peut faire bénéficier le titulaire d'émoluments totaux supérieurs aux émoluments de base visés à l'article L. 15. Elle est liquidée, concédée et payée dans les mêmes conditions et suivant les mêmes modalités que la pension.

Le total de la pension et de la rente d'invalidité est élevé au montant de la pension basée sur quarante annuités liquidables lorsque le fonctionnaire civil est mis à la retraite à la suite d'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour avoir exposé ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes. Toutefois, le taux de l'invalidité rémunérable doit être au moins égal à 60 %.

Art. L. 29. – Le fonctionnaire civil qui se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'une invalidité ne résultant pas du service et qui n'a pu être reclassé dans un autre corps en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée peut être radié des cadres par

anticipation soit sur sa demande, soit d'office ; dans ce dernier cas, la radiation des cadres est prononcée sans délai si l'incapacité résulte d'une maladie ou d'une infirmité que son caractère définitif et stabilisé ne rend pas susceptible de traitement, ou à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de sa mise en congé si celle-ci a été prononcée en application de l'article 36 (2°) de l'ordonnance du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires ou à la fin du congé qui lui a été accordé en application de l'article 36 (3°) de ladite ordonnance. L'intéressé a droit à la pension rémunérant les services, sous réserve que ses blessures ou maladies aient été contractées ou aggravées au cours d'une période durant laquelle il acquerrait des droits à pension.

Art. L. 30. – Lorsque le fonctionnaire est atteint d'une invalidité d'un taux au moins égal à 60 %, le montant de la pension prévue aux articles L. 28 et L. 29 ne peut être inférieur à 50 % des émoluments de base.

En outre, si le fonctionnaire est dans l'obligation d'avoir recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, il a droit à une majoration spéciale dont le montant est égal au traitement brut afférent à l'indice brut afférent à l'indice 100 prévu par l'article 1^{er} du décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948. Le droit à cette majoration est également ouvert au fonctionnaire relevant du deuxième alinéa de l'article L. 28.

En aucun cas, le montant total des prestations accordées au fonctionnaire invalide ne peut excéder le montant des émoluments de base visés à l'article L. 15. Exception est faite pour la majoration spéciale au titre de l'assistance d'une tierce personne qui est perçue en toutes circonstances indépendamment de ce plafond.

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

Art. L. 9. – Le taux des émoluments globaux correspondant au tarif afférent au soldat, et servis en application du présent code, est réglé suivant le tableau ci-dessous :

Degré d'invalidité	Indice de pension défini à l'article L. 8 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre
10 %	48
15 %	72
20 %	96
25 %	120
30 %	144
35 %	168
40 %	192
45 %	216
50 %	240
55 %	264
60 %	288
65 %	312
70 %	336
75 %	360
80 %	384
85 %	625
90 %	745
95 %	872
100 %	1 000

Les émoluments globaux correspondant aux indices fixés au tableau ci-dessus comprennent la pension principale, et pour les invalides titulaires d'une pension d'invalidité égale à 85 %, 90 % et 100 %, les allocations spéciales aux grands invalides n° 1, n° 2, n° 3 et n° 4, accordées aux invalides bénéficiaires d'allocations aux grands mutilés et les allocations prévues à l'article L. 38 du code par référence au degré d'invalidité.

Des décrets contresignés par le ministre chargé des anciens combattants et victimes de guerre et le ministre de l'économie et des finances fixeront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article et détermineront notamment les indices des allocations et accessoires de pensions prévus par le présent code.

Le taux de la pension définitive ou temporaire est fixé, dans chaque grade, par référence au degré d'invalidité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100 %.

Quand l'invalidité est intermédiaire entre deux échelons, l'intéressé bénéficie du taux afférent à l'échelon supérieur.

Pour l'application du présent article, un décret contresigné par les ministres chargé des anciens combattants et victimes de guerre, chargé de la défense nationale ou de la France d'outre-mer, détermine les règles et barèmes pour la classification des infirmités d'après leur gravité.

En outre, un décret spécial contresigné par le ministre chargé des anciens combattants et victimes de guerre, le ministre de la défense nationale et le ministre chargé de la France d'outre-mer, dont les dispositions font l'objet de l'article D. 2, dernier alinéa, détermine les règles et les barèmes pour la classification des infirmités et maladies contractées pendant l'internement ou la déportation.

Art. L. 10. – Les degrés de pourcentage d'invalidité figurant aux barèmes prévus par le quatrième alinéa de l'article L. 9 sont :

- a) Impératifs, en ce qui concerne les amputations et les exérèses d'organe ;
- b) Indicatifs dans les autres cas.

Ils correspondent à l'ensemble des troubles fonctionnels et tiennent compte, quand il y a lieu, de l'atteinte de l'état général.

Art. L. 11. – Les grades conférés à titre temporaire ou auxiliaire pour la durée de la guerre comportent application du tarif afférent à ces grades, pour la liquidation des pensions définitives ou temporaires.

Lorsqu'un militaire a été tué à l'ennemi après avoir été l'objet d'une proposition à un grade supérieur, la pension des ayants droit est liquidée sur ce grade, même si la nomination n'est intervenue que postérieurement au décès, pourvu que cette nomination ait effectivement eu lieu.

Art. L. 12. – À titre transitoire et pour l'appréciation des infirmités résultant soit de blessures reçues, soit de maladies contractées dans des conditions ouvrant droit à la présomption d'origine instituée à l'article L. 3, au cours de la guerre 1914-1918, au cours des expéditions déclarées campagnes de guerre antérieures au 2 septembre 1939 et au cours de la guerre 1939-1945, lorsque l'évaluation donnée pour une infirmité par le barème prévu par l'article L. 9 est inférieure à celle dont bénéficiait cette même infirmité d'après les lois et règlements antérieurs, l'estimation résultant de ces lois et règlements est appliquée et sert de base à la fixation de la pension.

Les militaires appelés à bénéficier de la disposition ci-dessus conservent, d'ailleurs, le droit de se réclamer de la législation antérieure, y compris les tarifs, dans les cas où cette législation leur serait plus favorable.

Pour l'application du présent article, il est attribué aux différentes infirmités figurant dans le classement établi par les décisions ministérielles des 23 juillet 1887 (guerre) et 28 novembre 1887 (marine) le pourcentage ci-après :

Infirmités comprises dans les 1^{re} et 2^e classes : 100 %

Infirmités comprises dans les 3^e et 4^e classes : 80 %

Infirmités comprises dans la 5^e classe : 65 %

Infirmités comprises dans la 6^e classe : 60 %

Les majorations pour enfants prévues aux articles L. 19 et L. 20 sont allouées dans tous les cas et liquidées suivant le taux de la pension définitive ou temporaire concédée.

Art. L. 13. – Dans le cas où il est dérogé aux dispositions de l'article L. 10, en vertu de l'article L. 12 ouvrant droit à un barème plus avantageux, le degré d'invalidité doit toujours être déterminé d'après un seul et même barème, que l'infirmité en cause soit évaluée globalement ou après dissociation en ses divers éléments.

Art. L. 13 bis. – Les victimes civiles de la guerre et les invalides militaires « hors guerre » bénéficient, comme les victimes militaires de guerre, du barème le plus avantageux prévu par les articles L. 12 et L. 13 ci-dessus.

Art. L. 14. – Dans le cas d'infirmités multiples dont aucune n'entraîne l'invalidité absolue, le taux d'invalidité est considéré intégralement pour l'infirmité la plus grave et pour chacune des infirmités supplémentaires, proportionnellement à la validité restante.

À cet effet, les infirmités sont classées par ordre décroissant de taux d'invalidité.

Toutefois, quand l'infirmité principale est considérée comme entraînant une invalidité d'au moins 20 %, les degrés d'invalidité de chacune des infirmités supplémentaires sont élevés d'une, de deux ou de trois catégories, soit de 5, 10, 15 %, et ainsi de suite, suivant qu'elles occupent les deuxième, troisième, quatrième rangs dans la série décroissante de leur gravité.

Tous les calculs d'infirmités multiples prévus par le présent code, par les barèmes et textes d'application doivent être établis conformément aux dispositions de l'alinéa premier du présent article sauf dans les cas visés à l'article L. 15.

Art. L. 15. – Par dérogation aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 14, doivent s'ajouter arithmétiquement, au pourcentage d'invalidité des infirmités siégeant sur un membre, les troubles indemnisés sous forme de majoration au guide-barème visé par l'article L. 9.

Lorsque les amputations d'un membre ne permettent aucunement le port d'un appareil de prothèse, elles ouvrent droit à une majoration de 5 % qui, de même, s'ajoute arithmétiquement au pourcentage d'invalidité correspondant à l'amputation.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 752-6. – Une rente est attribuée à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :

- au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret ;

- aux autres personnes mentionnées au I de l'article L. 752-1 en cas d'incapacité permanente totale ;

- aux assurés mentionnés au II de l'article L. 752-1 lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé par l'organisme assureur d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelles, compte tenu du barème indicatif d'invalidité mentionné à l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale et sur avis conforme d'une commission des rentes des non-salariés agricoles. Le taux proposé par la commission des rentes des non-salariés agricoles ne peut être inférieur à celui proposé par le service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole.

La rente due à la victime atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale est égale au gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5 du présent code ou, en ce qui concerne les assurés mentionnés au II de l'article L. 752-1, à un pourcentage de ce gain fixé par arrêté, multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. La rente est revalorisée selon les coefficients prévus à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré. La majoration ne peut être inférieure au montant minimum prévu au troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au sixième alinéa du présent article pour le calcul de la rente afférente au dernier accident.

Les rentes servies en vertu de l'assurance prévue au présent chapitre sont viagères, incessibles et insaisissables.

Code de la santé publique

Art. L. 1111-8. – Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement, quel qu'en soit le support, fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

Les conditions d'agrément des hébergeurs des données, quel qu'en soit le support, sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

La détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L. 1110-4 et aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24.

Les professionnels et établissements de santé peuvent, par dérogation aux dispositions de la dernière phrase des deux premiers alinéas du présent article, utiliser leurs propres systèmes ou des systèmes appartenant à des hébergeurs agréés, sans le consentement exprès de la personne concernée dès lors que l'accès aux données détenues est limité au professionnel de santé ou à l'établissement de santé qui les a déposées, ainsi qu'à la personne concernée dans les conditions prévues par l'article L. 1111-7.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes, directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal.

Art. L. 1111-14. – Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.

Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8.

L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel de la personne prise en charge par le médecin.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section.

Art. L. 1111-19. – Il est institué un service unique d'accueil dématérialisé, dénommé « portail du dossier médical personnel », destiné aux bénéficiaires de l'assurance maladie et aux professionnels de santé.

Ce portail assure des fonctions d'information générale et un service de gestion permettant aux bénéficiaires de l'assurance maladie de gérer leur dossier médical personnel et les droits d'accès des professionnels de santé. Il assure le contrôle et la traçabilité des accès aux dossiers médicaux personnels. Il produit les données de suivi d'activité nécessaires à l'évaluation de ce service.

Ces fonctions peuvent être mises à disposition d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. L. 1111-24. – Le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés bénéficie pour son financement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant de cette dotation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail.

Ce groupement peut également attribuer, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés.

Art. L. 1114-1. – Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'État, dont un membre du Conseil d'État et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'État.

Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.

À compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. La Haute Autorité de santé publie les informations déclarées.

Art. L. 1142-1. – I. – Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout

établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

II. – Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

Art. L. 1411-6. – Sans préjudice des compétences des départements prévues à l'article L. 2111-2, des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés.

Dans le cadre de ce programme sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée, après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé.

Les personnes handicapées bénéficient de consultations médicales de prévention supplémentaires spécifiques. Elles y reçoivent une expertise médicale qui leur permet de s'assurer qu'elles bénéficient de l'évolution des innovations thérapeutiques et technologiques pour la réduction de leur incapacité. La périodicité et la forme des consultations sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les équipes médicales expertes responsables de ces consultations peuvent être consultées par les équipes pluridisciplinaires mentionnées à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, dans le cadre de l'élaboration des plans personnalisés de compensation prévus à l'article L. 114-1-1 du même code.

Art. L. 1411-11. – L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Art. L. 1411-12. – Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11.

Art. L. 1425-1. – Pour l'application du présent code à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « représentant de l'État dans la collectivité ».

Art. L. 1427-1. – Le fait de faire obstacle aux fonctions des agents mentionnés aux articles L. 1421-1, L. 1435-7 et L. 5313-1 est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Art. L. 1432-6. – Les ressources de l'agence sont constituées par :

1° Une subvention de l'État ;

2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;

4° Des ressources propres, dons et legs ;

5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ;

6° Des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret.

Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

Art. L. 1433-1. – Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

Art. L. 1434-1. – Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Art. L. 1434-2. – Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Art. L. 1434-10. – Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

Art. L. 1435-1 – Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

Les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1.

Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1^{er} de la loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.

Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en cas d'absence ou d'empêchement, à des agents placés sous son autorité.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.

Art. L. 1443-1 – Pour l'application des dispositions du présent code à La Réunion et à Mayotte et sauf dispositions contraires :

1° La référence à La Réunion et à Mayotte se substitue à la référence au département et à la région et à la référence au niveau départemental ou régional ;

2° La référence au territoire de La Réunion et de Mayotte se substitue à la référence au territoire régional ;

3° La mention des commissions de coordination des politiques publiques de santé de La Réunion et de la commission de coordination des politiques publiques de santé de Mayotte se substitue à la mention des commissions de coordination des politiques publiques de santé ;

4° La mention de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de La Réunion et de la conférence de la santé et de l'autonomie de Mayotte se substitue à la mention de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;

5° Les mentions du projet de santé, du plan stratégique de santé, des schémas de prévention, d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et du programme pluriannuel régional du risque, de La Réunion et de Mayotte, se substituent respectivement aux mentions du projet régional de santé, du plan stratégique régional de santé, des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale et du programme pluriannuel régional de gestion du risque ;

6° La mention de la politique de santé menée à La Réunion et à Mayotte se substitue à la mention de la politique de santé régionale ou de la politique de santé dans la région.

Art. L. 3115-1 – Le contrôle sanitaire aux frontières est régi, sur le territoire de la République française, par les dispositions des règlements sanitaires pris par l'Organisation mondiale de la santé conformément aux articles 21 et 22 de sa constitution, des arrangements internationaux et des lois et règlements nationaux intervenus ou à intervenir en cette matière en vue de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles.

Ce contrôle est assuré par les agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7. En cas de nécessité, le représentant de l'État dans le département peut également habilitier les agents des ministères chargés de l'agriculture, de la défense, des douanes, de la police de l'air et des frontières, de la mer et des transports pour effectuer ce contrôle.

Ces agents disposent à cet effet des prérogatives mentionnées aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3.

En outre, le représentant de l'État peut confier la réalisation des contrôles techniques et la délivrance des certificats correspondants à des personnes ou organismes agréés.

Art. L. 3115-2 – En cas de voyage international, les exploitants de moyens de transport, d'infrastructures de transport et d'agences de voyages sont tenus d'informer leurs passagers ou leurs clients des risques pour la santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination ou de transit. Ils les informent également des recommandations à suivre et des mesures sanitaires mises en place contre ces risques.

En cas d'identification d'un risque sanitaire grave postérieurement à un voyage et pour permettre la mise en place des mesures d'information et de protection nécessaires, les exploitants mentionnés au

premier alinéa sont tenus de communiquer aux autorités sanitaires les données permettant l'identification des passagers exposés ou susceptibles d'avoir été exposés au risque.

Art. L. 3115-3 – Sont déterminés par décret en Conseil d'État :

1° En application du Règlement sanitaire international de 2005 :

a) Les critères de désignation des points d'entrée du territoire, notamment en ce qui concerne l'importance de leur trafic international et leur répartition homogène sur le territoire ;

b) Les critères de définition des événements sanitaires graves ou inhabituels devant être déclarés aux autorités sanitaires et les modalités de déclaration de ces événements ;

c) Les critères de désignation des centres de vaccination antiamarile, les conditions de validité des certificats de vaccination antiamarile et les modalités de contrôle de ces certificats lors de l'entrée sur le territoire ;

2° Les conditions d'agrément des personnes ou organismes pouvant réaliser les contrôles techniques mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 3115-1 et les modalités de délivrance des certificats correspondants ;

3° Les conditions d'application de l'article L. 3115-2, notamment les modalités de communication des informations relatives aux risques pour la santé publique constatés aux passagers ou aux clients, les critères de définition du risque sanitaire grave et les conditions de communication des données permettant l'identification des passagers.

Art. L. 3133-6 – Les articles 11 et 11 *bis* A de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires sont applicables aux réservistes pendant les périodes d'emploi ou de formation pour lesquelles ils ont été appelés.

Le réserviste victime de dommages subis pendant les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve et, en cas de décès, ses ayants droit ont droit, à la charge de l'État, à la réparation intégrale du préjudice subi, sauf en cas de dommage imputable à un fait personnel détachable du service.

Art. L. 3511-2 – Sont interdites la fabrication, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit des produits destinés à usage oral, à l'exception de ceux qui sont destinés à être fumés ou chiqués, constitués totalement ou partiellement de tabac, sous forme de poudre, de particules fines ou toutes combinaisons de ces formes, notamment ceux qui sont présentés en sachets-portions ou en sachets poreux, ou sous une forme évoquant une denrée comestible.

Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de vingt cigarettes et de paquets de plus de vingt qui ne sont pas composés d'un nombre de cigarettes multiple de cinq ainsi que des contenants de moins de trente grammes de tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes, quel que soit leur conditionnement.

Est interdite la vente de produits du tabac en distributeurs automatiques.

Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret.

Art. L. 3511-2-1 – Il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 à des mineurs de moins de dix-huit ans.

Art. L. 5121-1. – On entend par :

1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-2 ;

2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9 ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-2. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ;

3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;

4° Produit officinal divisé, toute drogue simple, tout produit chimique ou toute préparation stable décrite par la pharmacopée, préparés à l'avance par un établissement pharmaceutique et divisés soit par lui, soit par la pharmacie d'officine qui le met en vente, soit par une pharmacie à usage intérieur, telle que définie au chapitre VI du présent titre ;

5° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché ;

b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001 / 83 / CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la

spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;

6° Médicament immunologique, tout médicament consistant en :

a) Allergène, défini comme tout produit destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunologique à un agent allergisant ;

b) Vaccin, toxine ou sérum, définis comme tous agents utilisés en vue de provoquer une immunité active ou passive ou en vue de diagnostiquer l'état d'immunité ;

7° Médicament radiopharmaceutique, tout médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ;

8° Générateur, tout système contenant un radionucléide parent déterminé servant à la production d'un radionucléide de filiation obtenu par élution ou par toute autre méthode et utilisé dans un médicament radiopharmaceutique ;

9° Trousse, toute préparation qui doit être reconstituée ou combinée avec des radionucléides dans le produit radiopharmaceutique final ;

10° Précurseur, tout autre radionucléide produit pour le marquage radioactif d'une autre substance avant administration ;

11° Médicament homéopathique, tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre État membre de l'Union européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes ;

12° Préparation de thérapie génique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, servant à transférer du matériel génétique et ne consistant pas en des cellules d'origine humaine ou animale. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée ;

13° Préparation de thérapie cellulaire xénogénique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, consistant en des cellules d'origine animale et leurs dérivés utilisés à des fins thérapeutiques, y compris les cellules servant à transférer du matériel génétique, quel que soit leur niveau de transformation. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions relatives à ces préparations prises en application du présent alinéa ;

14° Médicament biologique, tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite et dont la caractérisation et la détermination de la qualité nécessitent une combinaison d'essais physiques, chimiques et biologiques ainsi que la connaissance de son procédé de fabrication et de son contrôle ;

15° Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;

16° Médicament à base de plantes, tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes.

Art. L. 5125-11 – L'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue peut être autorisée par voie de transfert lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune est au moins égal à 2 500.

L'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée peut être autorisée par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants recensés dans la commune.

Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune.

Dans les communes qui sont dépourvues d'officine ou dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurale définies par l'article 1465 A du code général des impôts, l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de création si les conditions prévues au premier, deuxième ou troisième alinéa sont remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement mentionné à l'article L. 5125-10 et si aucune décision autorisant cette ouverture par voie de transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai.

Art. L. 6112-1 – Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Art. L. 6112-2 – Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :

- les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;
- l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en conseil des ministres ;
- les groupements de coopération sanitaire ;
- les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ;
- les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Elle fait l'objet au préalable d'une concertation avec les praticiens de l'établissement.

Les missions de service public qui, à la date de publication 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, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Art. L. 6113-8. – Les établissements de santé transmettent aux agences régionales de santé, à l'État ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaires, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation.

Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en oeuvre, sous le contrôle de l'État au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, ou, à défaut, ne comportant ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, et dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire.

Les établissements qui ne transmettent pas les informations mentionnées au premier alinéa dans les conditions et les délais fixés par voie réglementaire sont passibles d'une pénalité prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans la limite de 5 % de leurs recettes annuelles d'assurance maladie.

Art. L. 6114-1. – L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une

durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans.

Les contrats sont signés par le directeur général de l'agence régionale et les personnes physiques et morales mentionnées à l'alinéa précédent.

Ils peuvent faire l'objet d'une révision par avenant.

Des organismes concourant aux soins, des universités, des établissements publics scientifiques et technologiques ou d'autres organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral, peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses. En cas de pluralité d'organismes de recherche, le contrat est signé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de santé un an avant leur échéance.

L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.

Le contrat peut être résilié par l'agence régionale de santé en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation au titre des articles L. 6114-2 et L. 6114-3 en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues. Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus, par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation, des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

Art. L. 6122-12 – Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate que les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 sont insuffisamment atteints en fonction de critères définis par décret, il peut réviser l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1.

A compter de la date de notification par l'agence régionale de santé du projet de révision de l'autorisation, accompagné de ses motifs, le titulaire de cette autorisation dispose d'un délai de trois mois pour faire connaître ses observations, présenter ses projets d'amélioration du fonctionnement ou faire une proposition d'évolution de l'activité de soins ou de l'équipement conforme aux prescriptions figurant au schéma d'organisation des soins.

Ces observations et propositions font l'objet d'une procédure contradictoire entre l'agence régionale de santé et le titulaire de l'autorisation, en vue, le cas échéant, de modifier l'autorisation. Lorsqu'un accord est conclu entre l'agence régionale et le titulaire de l'autorisation, le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, prononce la modification de l'autorisation, sur les bases de cet accord.

Lorsqu'au terme de six mois après la réception par l'agence des observations et propositions du titulaire, aucun accord n'a pu être trouvé, une décision de modification ou, s'il y a lieu, une décision de retrait de l'autorisation peut être prise par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire.

Art. L. 6133-1 – Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;

2° Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ;

3° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

Ce groupement poursuit un but non lucratif.

Art. L. 6141-2 – Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche.

Les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention au titre du chapitre II du présent titre avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires.

Art. L. 6145-16 – Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés.

Les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes, sont fixées par voie réglementaire.

Art. L. 6147-7 – Les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense, outre leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées assurée avec les autres éléments du service de santé des armées, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1. Ils dispensent des soins remboursables aux assurés sociaux dans les conditions fixées à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

Le ministre de la défense et le ministre chargé de la santé arrêtent conjointement, tous les deux ans, la liste des hôpitaux des armées qui peuvent, à ce titre, dispenser les soins définis à l'article L. 6111-1 à toute personne requérant leurs services.

Cette liste précise, pour chacun de ces hôpitaux, les installations, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, ainsi que les activités de soins, qu'il met en oeuvre.

Ces hôpitaux doivent répondre aux conditions techniques de fonctionnement mentionnées à l'article L. 6122-2.

Art. L. 6321-1 – Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-2-1. – Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Art. L. 162-5. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;

2° *bis* Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;

3° (Abrogé) ;

3° *bis* Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;

11° (Abrogé) ;

12° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;

14° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;

15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° (Abrogé) ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription

préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin ;

19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;

22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé.

Art. L. 162-9. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

1° les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

2° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

3° La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

4° Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;

5° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;

7° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;

8° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu.

Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.

Art. L. 162-12-2. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des infirmiers ainsi que les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un infirmier remplaçant un infirmier conventionné et les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;

2° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;

3° Les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur encontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation, ainsi qu'à la zone d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins infirmiers dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers ;

8° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et des dispositions du présent article applicables aux infirmiers en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation avec les organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes infirmiers.

Art. L. 162-12-9. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurs-kinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des masseurs-kinésithérapeutes, y compris les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute remplaçant un masseur-kinésithérapeute conventionné et les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;

2° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;

3° Les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés et notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation ;

4° Le financement du fonctionnement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins de masso-kinésithérapie dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° La possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° ci-dessus tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

7° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs kinésithérapeutes participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes ;

9° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux masseurs-kinésithérapeutes en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes masseurs-kinésithérapeutes.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute concerné présente ses observations.

Art. L. 162-12-15. – Les références mentionnées au 6° du troisième alinéa de l'article L. 162-5, au 3° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 et au 5° du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-9 identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par la Haute Autorité de santé, à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.

Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9, ou, à défaut, le règlement prévu à l'article L. 162-14-2, déterminent les références rendues opposables aux professionnels de santé et les conditions de cette opposabilité.

Des recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de santé ou par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé accompagnent, pour chaque thème, les références opposables. Les recommandations concernant le médicament sont diffusées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; les autres sont, en ce qui concerne les professions de santé, diffusées par l'intermédiaire des unions régionales des professionnels de santé.

Ces références sont également mises en oeuvre par les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, pour ce qui concerne leurs activités de consultation externe. Leur respect est, le cas échéant, pris en compte dans la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique.

Les recommandations mentionnées au troisième alinéa sont également diffusées dans les établissements de santé publics ou privés participant au secteur public hospitalier.

La liste des références opposables est régulièrement actualisée par les parties conventionnelles dans les conditions prévues au présent article, en fonction notamment des données de la science.

À défaut d'actualisation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, après consultation de la Haute Autorité de santé ou de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans leur domaine de compétence respectif, demander aux parties à la convention concernée d'abroger une référence opposable dont le maintien en l'état n'est plus justifié ; en l'absence d'accord des parties, constaté deux mois après leur saisine, un arrêté des mêmes ministres peut procéder à cette abrogation.

Art. L. 162-12-17. – Les références mentionnées au 6° du troisième alinéa de l'article L. 162-5, au 3° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 et au 5° du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-9 identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par la Haute Autorité de santé, à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.

Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9, ou, à défaut, le règlement prévu à l'article L. 162-14-2, déterminent les références rendues opposables aux professionnels de santé et les conditions de cette opposabilité.

Des recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de santé ou par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé accompagnent, pour chaque thème, les références opposables. Les recommandations concernant le médicament sont diffusées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; les autres sont, en ce qui concerne les professions de santé, diffusées par l'intermédiaire des unions régionales des professionnels de santé.

Ces références sont également mises en oeuvre par les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, pour ce qui concerne leurs activités de consultation externe. Leur respect est, le cas échéant, pris en compte dans la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique.

Les recommandations mentionnées au troisième alinéa sont également diffusées dans les établissements de santé publics ou privés participant au secteur public hospitalier.

La liste des références opposables est régulièrement actualisée par les parties conventionnelles dans les conditions prévues au présent article, en fonction notamment des données de la science.

À défaut d'actualisation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, après consultation de la Haute Autorité de santé ou de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans leur domaine de compétence respectif, demander aux parties à la convention concernée d'abroger une référence opposable dont le maintien en l'état n'est plus justifié ; en l'absence d'accord des parties, constaté deux mois après leur saisine, un arrêté des mêmes ministres peut procéder à cette abrogation.

Art. L. 162-14. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire de biologie médicale et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;

3° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;

4° (Abrogé)

5° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire de biologie médicale participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des directeurs de laboratoire de biologie médicale, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire de biologie médicale.

La convention définit les exigences particulières sans motif médical des patients donnant lieu à dépassement des tarifs.

Art. L. 162-14-1. – I. – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II. – Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé,

notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Art. L. 162-32-1. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Cet accord détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;

2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;

3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;

4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;

5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;

6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;

7° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ;

8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale ;

9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci.

Art. L. 174-2. – Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance

maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. À défaut d'accord entre les régimes, l'État fixe cette répartition.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations.

Art. L. 221-1-1 – I. – Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.

Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

II. – Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'État et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

IV. – Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;

3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional et celle réservée au financement des actions à caractère régional ;

4° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V. – Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional. Toutefois, les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1er septembre.

VI. – L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.

Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V *bis* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

VII. – La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.

Art. L. 231-2. – Le mandat des membres des conseils ou des conseils d'administration des organismes du régime général de sécurité sociale est de cinq ans.

Art. L. 242-1. – Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

Lorsque le bénéficiaire d'une option accordée dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 *bis* C du code général des impôts, est considéré comme une rémunération le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois l'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 *bis* du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel.

Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par l'entremise de l'employeur.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II *bis* du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'État :

1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;

2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à trois fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 *duodecies* du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du

présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.

Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si elles sont conservées dans les conditions mentionnées au I de l'article 80 *quaterdecies* du code général des impôts et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. À défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa sont également applicables lorsque l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Art. L. 311-11. – Les personnes physiques visées au premier alinéa de l'article L. 120-3 du code du travail ne relèvent du régime général de la sécurité sociale que s'il est établi que leur activité les place dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard d'un donneur d'ordre.

Elles peuvent demander aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de leur indiquer si cette activité relève de ce régime.

A défaut de réponse dans le délai de deux mois suivant la date de cette demande ou en cas de réponse négative, les personnes en cause ne peuvent se voir imposer ultérieurement une affiliation au régime général que si les conditions d'exercice de leur activité ont été substantiellement modifiées ou si les informations qu'elles ont fournies étaient erronées.

Art. L. 322-5-2. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;

6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

Art. L. 432-2. – Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

Dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

Code du travail

Art. L. 8221-6 – I. – Sont présumés ne pas être liés avec le donneur d'ordre par un contrat de travail dans l'exécution de l'activité donnant lieu à immatriculation ou inscription :

1° Les personnes physiques immatriculées au registre du commerce et des sociétés, au répertoire des métiers, au registre des agents commerciaux ou auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales pour le recouvrement des cotisations d'allocations familiales ;

2° Les personnes physiques inscrites au registre des entreprises de transport routier de personnes, qui exercent une activité de transport scolaire prévu par l'article L. 213-11 du code de l'éducation ou de transport à la demande conformément à l'article 29 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs ;

3° Les dirigeants des personnes morales immatriculées au registre du commerce et des sociétés et leurs salariés ;

4° Les personnes physiques relevant de l'article L. 123-1-1 du code de commerce ou du V de l'article 19 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat.

II. – L'existence d'un contrat de travail peut toutefois être établie lorsque les personnes mentionnées au I fournissent directement ou par une personne interposée des prestations à un donneur d'ordre dans des conditions qui les placent dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard de celui-ci.

Dans ce cas, il n'y a dissimulation d'emploi salarié que s'il est établi que le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement à l'accomplissement de l'une des formalités prévues aux articles L. 1221-10, relatif à la déclaration préalable à l'embauche et L. 3243-2, relatif à la délivrance du bulletin de paie.

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

Art. 128. – I. — Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre Ier du livre I^{er} de la sixième partie est abrogé ;

2° L'intitulé du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;

3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés ;

4° L'article L. 6162-7 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le représentant de l'État dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'État dans la région ; »

b) Après le mot : « État », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « désigné en application du 1°. » ;

5° L'article L. 6162-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative. »

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

1° La sous-section 2 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;

2° Le chapitre III du titre VIII du livre I^{er} est abrogé ;

3° L'article L. 215-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-1.* – Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :

« 1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;

« 2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;

« 3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;

« 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;

« 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

« Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret. » ;

4° 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 deuxième et troisième alinéas du présent article. » ;

5° Après l'article L. 215-5, il est inséré un article L. 215-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-5-1.-I.* – Il est constitué auprès du conseil d'administration une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :

« 1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

« 2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

« Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

« Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

« II. – La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires. »

III. – L'article 68 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

IV. – Par dérogation au 1° du II, les dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi et les décisions prises en application de ces dispositions par les missions régionales de santé demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du premier schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'agence régionale de santé.

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale précité, le directeur général de l'agence régionale de santé est substitué à la mission régionale de santé.

Art. 131. – I. – Les IV et VI de l'article 23, I et II de l'article 36, et les articles 118 à 128, à l'exception de l'article 123, des 1°, 2°, 11°, 12°, 13°, 14°, 18°, 19°, 20°, 21°, 22°, 25°, 26° et 27° du I et du II de l'article 124 entrent en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2010.

II. – Les 3°, 8°, 9° et 10° du I de l'article 124, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'à la date mentionnée au I de cet article et ce pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article.

Les schémas prévus au 2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la présente loi sont pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé,

jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 118 de la présente loi.

III. – L'abrogation des articles L. 6121-9 et L. 6121-10 du code de la santé publique intervient six mois après l'entrée en vigueur du décret, pris en application de l'article L. 1432-4 du même code introduit par l'article 118 de la présente loi, mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, et au plus tard six mois après la date prévue au I du présent article.

IV. – Jusqu'à la date prévue au I, l'article L. 6121-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6121-4.* – Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de l'hospitalisation peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation sanitaire. Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques ou démographiques spécifiques, ces équipements et activités font, par dérogation, l'objet d'un schéma régional. »

V. – Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant des articles 1^{er} à 23 et du XIII de l'article 62 de la présente loi sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

VI. – Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 51 de la présente loi sont exercées par la mission régionale de santé.

VII. – Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 84 de la présente loi sont exercées par le groupement régional de santé publique.

VIII. – Dans chaque établissement public de santé, jusqu'à la désignation des membres du conseil de surveillance, les dispositions du code de la santé publique continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à celle issue des articles 9 et 10 de la présente loi.

IX. – Par dérogation aux dispositions du III de l'article L. 4312-3 du code de la santé publique, après les premières élections de l'ordre infirmier, il est procédé, le cas échéant, aux élections complémentaires des conseils après la mise en place du conseil national de l'ordre. L'organisation de ces élections a lieu dans un délai d'un an à compter de la date d'installation du conseil national.

X. – La prise en charge de la gestion des directeurs des soins par le Centre national de gestion, prévue au 2^o du I de l'article 11, prend effet un an après la publication de la présente loi. Pendant ce délai, le Centre national de gestion organise les élections professionnelles du corps à gestion nationale.

XI. – Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 118 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte et au plus tard le 30 juin 2010.

XII. – Jusqu'à la date prévue au I, les autorisations de création de lactariums sont délivrées par le représentant de l'État dans le département.

XIII. – Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils des unions régionales des caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 183-1 du même code, dans leur composition à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, expire à la date mentionnée au I du présent article.

XIV. – Les mandats des membres de la conférence régionale ou territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, sont prorogés jusqu'à la date mentionnée au I du présent article.

XV. – Les mandats des membres des conférences sanitaires mentionnées à l'article L. 6131-1 du code de la santé publique, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, sont prorogés jusqu'à la date mentionnée au I du présent article.

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 Descœur

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 Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre 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 Prével, 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 Prével, 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 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 mentionner le prix d'achat de la prothèse. »

Amendement n° AS 29 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 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 1^{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 Leteurtre 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 Prével, Pascal Brindeau, Olivier Jardé, Claude Leteurtre 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 Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre 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 Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre 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 Prével, 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 Prével, 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 Prével, 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 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 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 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 :

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

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

Article 18

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

Amendement n° AS 54 présenté par MM. Jean-Luc Prével, 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 Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre 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 Prével, 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 Leteurtre 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 Leteurtre 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 activités dans un établissement de santé privé auquel ils sont contractuellement liés forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l’indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l’évaluation des soins ».

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

« Pour l’accomplissement de ses missions, la conférence médicale d’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 Leteurtre 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 Leteurtre 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 Leteurtre 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 Leteurtre 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 Leteurtre 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 Leteurtre 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 Prével, Olivier Jardé, Pascal Brindeau, Claude Leteurtre 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 numérisé 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 articles 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 visée 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 compéragé 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.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- Dr Laurent Barda, hospitalo-universitaire à l'hôpital St Anne
- **Mutualité sociale agricole (MSA)** – M. Gérard Pelhate, président
- **Régime social des indépendants (RSI)** – M. Gérard Quevillon, président national, et M. Antoine Perrin, directeur de la santé
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Michel Régereau, président
- **UFC - Que Choisir** – M. Cédric Musso, directeur des relations institutionnelles
- **Santéclair** – Mme Marianne Binst, directrice générale, et M. Pierre Travert, dentiste conseil
- **Syndicat des prothésistes français** – M. Maurice Dauvois, président
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)** – M. Michel Legmann, président
- **Table ronde réunissant des syndicats d'infirmiers :**
 - **Convergence infirmière** – M. Marcel Affergan, président
 - **Fédération nationale des infirmiers (FNI)** – M. Philippe Tisserand, président
 - **Syndicat national des infirmiers et infirmières libérales (SNIIL)** – Mme Ghislaine Meillerais, administratrice nationale
 - **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI CFE-CGC)** – M. Thierry Amouroux, secrétaire général
- **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)** – Dr Michel Chassang, président
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Jean Leonetti, président, M. Gérard Vincent, délégué général, et M. Jérémie Secher, directeur de Cabinet
- Mme Emmanuelle Wargon, secrétaire générale des ministères en charge des affaires sociales
- **Table ronde réunissant des syndicats de biologistes :**
 - **Syndicat des biologistes (SDB)** – M. François Blanchecotte, président, et M. Sébastien Faure, conseiller
 - **Syndicat des laboratoires de biologie clinique (SLBC)** – M. Dominique Caillat, président
 - **Syndicat national des médecins biologistes (SNMB)** – M. Claude Cohen, président
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** – M. Jean-Claude Régi, président, M. Jean-Loup Durousset, président, et M. Philippe Burnel, délégué général
- **Fédération des médecins de France (FMF)** – M. Djamel Dib, président du collège des spécialistes, et M. Jean-Paul Hamon, vice-président

- **Mutualité française** – Dr Jean-Martin Cohen-Solal, directeur général, Mme Isabelle Millet-Caurier, directrice des affaires publiques, et M. Vincent Figureau, responsable des relations extérieures
- **MG-France** – Dr Claude Leicher, président
- **Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes (CNOCD)** – M. Christian Couzinou, président
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)** – Mme Isabelle Adenot, présidente, et M. Jean-Charles Rochard, secrétaire général
- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes** – Mme Marie-Josée Keller, présidente, Mme Marie-Cécile Moulinier, secrétaire générale, Mme Marianne Benoit Truong Canh, conseillère, et M. Lucas Pisani
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – M. Dominique Balmay, président, M. Arnaud Vinsonneau, adjoint au directeur général, et Mme Cécile Chartreau, conseillère technique santé-handicap
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – M. Antoine Debout, président, M. Yves-Jean Dupuis, directeur général, et M. David Causse, coordinateur du pôle santé social
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général, et Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- **Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF)** – M. Rémi Pellet, conseiller juridique
- **Table ronde réunissant des pharmaciens :**
 - **Fédération des syndicats pharmaceutiques de France** – M. Philippe Liebermann, premier vice-président, M. Philippe Besset, président de la Commission économie de l'Officine
 - **Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)** – M. Gilles Bonnefond, président et Maître Auge Caumon, conseiller à la présidence
 - **Union nationale des pharmaciens de France (UNPF)** – M. Frédéric Laurent, président
- **Table ronde réunissant des syndicats de médecins :**
 - **MG-France** – Dr Claude Leicher, président
 - **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)** – Dr Michel Chassang, président
- **Conseil national professionnel des pathologistes** – Professeur Frédérique Capron, présidente
- **Syndicat des médecins pathologistes français** – M. Michel Guiu, président
- **Table ronde réunissant des Biologistes :**
 - **Syndicat des biologistes (SDB)** – M. François Blanchecotte, président, et M. Sébastien Faure, conseiller
 - **Syndicat des Jeunes Biologistes Médicaux (SJBm)** – M. Xavier Pollet-Villard et M. Gabriel Ko, vice-présidents
 - **Fédération nationale des internes en pharmacie (FNSIP)** – M. Jeremy Martinet, co-président

- **Fédération nationale des syndicats de praticiens biologistes hospitaliers et hospitalo-universitaires (FNSPBHU)** – M. Jean-Gérard Gobert, président
- **Syndicat national des biologistes des hôpitaux (SNBH)** – M. Claude Grasmick, président
- **Syndicat National des Médecins Biologistes de CHU (SNMB-CHU)** – Pr Jean-Luc Wautier, président
- **Syndicat national des biologistes des hôpitaux privés (SNBHP)** – Mr. Jean Marie Libert, président
- **Syndicat national des médecins biologistes (SNMB)** – M. Claude Cohen, président
- **Syndicat des laboratoires de biologie clinique (SLBC)** – M. Dominique Caillat, président

- **Direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins** – Mme Annie Podeur, directrice

- **Table ronde sur le thème de l’article 6 : « Aménagement de l’obligation d’information sur le prix d’achat des prothèses dentaires »:**
 - **UFC-Que Choisir** – M. Cédric Musso, directeur des relations institutionnelles et M. Mathieu Escot, chargé de mission santé
 - **Santéclair** – Mme Marianne Binst, directrice générale et M. Pierre Travert, dentiste conseil
 - **Syndicat des prothésistes français** – M. Maurice Dauvoys, président
 - **Confédération nationale des syndicats dentaires** – Dr Roland L’Herron, président, et Mme Catherine Mojaïski, secrétaire générale
 - **Conseil National de l’Ordre des chirurgiens-dentistes** – M. Pierre Lansade, secrétaire général
 - **Union des jeunes chirurgiens-dentistes - Union dentaire (UJCD-UD)** – Dr Philippe Denoyelle, président