

N° 3646

N° 752

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 12 juillet 2011

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 12 juillet 2011

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DE 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*,

PAR MME VALÉRIE BOYER,
Rapporteuse,
Députée.

PAR M. ALAIN MILON,
Rapporteur,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Pierre Méhaignerie, député, président ; Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente ; Mme Valérie Boyer, députée, M. Alain Milon, sénateur, rapporteurs.

Membres titulaires : MM. Rémi Delatte, Jean-Pierre Door, Mme Catherine Lemorton et M. Jean Mallot, députés, MM. Yves Daudigny, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Jacky Le Menn et Jean-Louis Lorrain, sénateurs.

Membres suppléants : MM. Jean-Pierre Dupont, Guy Malherbe, Jean-Luc Prétel et Jean-Marie Rolland, députés, M. Gilbert Barbier, Mmes Annie David, Catherine Deroche, MM. Jean-Marc Juilhard, Ronan Kerdraon, Mmes Raymonde Le Texier et Catherine Procaccia, sénateurs.

Voir les numéros :

Sénat : 1^{ère} lecture : **65 rect., 294, 295** et T.A. **80** (2010-2011).
2^{ème} lecture : **543, 667, 668**, et T.A. **156** (2010-2011)

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **3238, 3293** et T.A. **665**
2^{ème} lecture : **3616, 3623** et T.A. **712**

SOMMAIRE

Pages

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	5
TABLEAU COMPARATIF	39

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de 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 s'est réunie à l'Assemblée nationale le mardi 12 juillet 2011.

La commission a d'abord procédé à la désignation de son bureau qui a été ainsi constitué :

- M. Pierre Méhaignerie, député, président ;
- Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente ;
- Mme Valérie Boyer, députée, rapporteure pour l'Assemblée nationale ;
- M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat.

La commission mixte paritaire a ensuite procédé à l'examen du texte.

*

* *

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Vingt-cinq articles ont fait l'objet d'un vote conforme entre nos deux assemblées. Il en reste vingt-sept en discussion. Je rappelle que la proposition de loi initiale n'en comportait que seize !

Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente. Je tiens à souligner que le texte d'origine de cette proposition de loi est dû à l'initiative de notre collègue sénateur Jean-Pierre Fourcade, membre de cette commission mixte paritaire, qui peut ainsi juger de la manière dont il a évolué au cours des étapes successives de sa discussion.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je souhaite avant toute chose saluer le travail accompli par les membres de nos deux assemblées. Le débat a eu lieu, parfois passionné, toujours passionnant ; chacun a pu exprimer ses positions, et au terme de cette deuxième lecture, vingt-sept articles demeurent en discussion.

À l'article 1^{er}, relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), l'Assemblée nationale a adopté le principe de la responsabilité individuelle des associés. À défaut de cette précision, les

professionnels renonceront à utiliser les SISA, dont dépend l'essor des nouveaux modes de rémunération. Je souhaite donc qu'elle soit maintenue.

À l'article 2, relatif aux maisons de santé, nous avons proposé un régime de partage des données relatives au patient à la fois efficace et respectueux de la vie privée de chacun. Cette solution me semble la plus équilibrée ; elle garantit le bon fonctionnement des maisons de santé.

À l'article 3 *ter*, qui vise à assurer la continuité de l'organisation des soins pour ce qui concerne les contrats d'exercice libéral dans les établissements privés à but non lucratif, l'Assemblée nationale est revenue au texte qu'elle avait adopté en première lecture, estimant nécessaire de favoriser ce mode d'exercice indispensable pour de nombreuses structures.

À l'article 6, le Sénat a finalement repris un texte proche du compromis élaboré à l'Assemblée nationale, qui prévoit une information sur le prix des prothèses distinct du prix de la prestation et sur la traçabilité de la prothèse. Cette information devra se conformer à un devis type qui sera élaboré au niveau national entre les professionnels, l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Sur ce sujet dont nous avons longuement débattu, je pense que nous avons trouvé un compromis respectueux à la fois du travail des professionnels et du droit à l'information des patients.

S'agissant de l'article 7 *ter* A, le texte de l'Assemblée nationale a été rétabli, étant toutefois précisé que le rapport prévu par cet article devrait comporter un bilan du dispositif des groupements de coopération sanitaire (GCS).

À l'article 9 *bis* B, un amendement du Gouvernement a été adopté, précisant les modalités applicables aux cotisations vieillesse acquittées par les fonctionnaires nommés sur un emploi de directeur général de centre hospitalier régional ou universitaire et par les fonctionnaires hospitaliers détachés sur un contrat de droit public.

À l'article 12, relatif à la 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, supprimé par le Sénat, l'Assemblée nationale est également revenue à son texte. Il apparaît en effet nécessaire, face aux difficultés matérielles concrètes que rencontrent les établissements de santé, de limiter le recueil d'un accord exprès aux seuls patients qui seront admis en établissement de santé après la promulgation de la loi, dans des conditions de sécurité juridique protectrices des droits des patients.

Concernant la biologie médicale, l'Assemblée nationale a rétabli sa rédaction de l'article 20 *decies* s'agissant de l'accréditation à 80 % à l'horizon 2018. Elle a également retenu, à l'article 20 *octies*, une solution de compromis concernant l'accès des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) non biologistes à des postes de responsabilité au sein des laboratoires ou des pôles

de biologie des centres hospitalo-universitaires. Elle a par ailleurs rétabli, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, sa rédaction de l'article 20 *sexies*.

Enfin, l'Assemblée a rétabli son texte de l'article 22 : il s'agit d'une mesure essentielle pour assurer l'égalité des armes entre les différents acteurs de la complémentaire maladie, mais aussi pour contrôler les prix et donc le reste à charge incombant aux assurés. Elle a également adopté une nouvelle rédaction de l'article 22 *bis* posant le principe du caractère ouvert des futurs réseaux de soins : je vous proposerai un amendement à cet article, faisant en sorte que ce principe vaille aussi pour les réseaux de soins existants.

Je ne doute pas que nous saurons trouver un accord sur chacun de ces sujets.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. J'ai un peu de peine à m'habituer à l'expression de « véhicule législatif ». Mais l'intervention en séance publique, jeudi dernier, de notre collègue députée Catherine Lemorton a donné pour moi un certain sens à ce néologisme, lorsqu'elle a comparé la proposition de loi que nous examinons aujourd'hui aux voitures surchargées qui prennent la route des vacances.

Ces surcharges sont aujourd'hui moins apparentes puisqu'il ne reste en discussion que vingt-sept articles, mais c'est encore beaucoup par rapport aux trente articles du texte de première lecture du Sénat.

Il n'y a pas eu, depuis le début de nos travaux, de divergences de fond sur les principales dispositions qui avaient motivé le dépôt de la proposition de loi : la création de la SISA, les mesures destinées à favoriser l'exercice médical libéral, la clarification de certaines règles applicables au secteur médico-social. Nous devrions donc pouvoir, sans trop de peine, trouver un accord complet sur un certain nombre d'articles.

Nous n'aurons pas non plus, je pense, de différend sur les dispositions introduites dans le texte à l'initiative de Valérie Boyer, pour régler enfin le problème lancinant et récurrent de la responsabilité civile professionnelle des médecins. C'est un acquis très positif. Certes, nous aurions pu traiter cette question en loi de financement de la sécurité sociale, mais personne ne regrettera que nous n'ayons pas attendu davantage pour prévoir la création d'un dispositif de mutualisation professionnelle, sous la forme d'un fonds de garantie couvrant les sinistres au-delà d'un certain seuil. Le schéma retenu préserve, le Sénat y a tenu, le recours à la solidarité nationale pour les médecins retraités qui ne seraient plus couverts par une assurance : c'est un cas qu'il convenait de prévoir même s'il a fort peu de chances de se produire.

Avant de commencer l'examen des articles, je voudrais cependant évoquer trois sujets sur lesquels nous avons, semble-t-il, quelques désaccords.

Premier sujet : le secret médical et le consentement des patients au partage des informations ou à l'hébergement des données. Cela concerne deux articles, l'article 2 sur les maisons de santé et l'article 12, qui a pour objet de permettre aux hôpitaux de se débarrasser de leurs archives papier, en recourant à des moyens qui nous paraissent un peu expéditifs.

Pour les maisons de santé, je reviendrai tout à l'heure sur les raisons de l'opposition du Sénat à un régime spécifique de partage de l'information dans les centres et maisons de santé. Je rappellerai pour l'instant deux remarques faites au Sénat en deuxième lecture : celle de Jean-Pierre Fourcade, lequel a ainsi observé que ce régime spécifique pourrait nuire à l'essor des maisons de santé et je pense qu'il a raison car on sous-estime parfois le prix que les patients attachent au colloque singulier avec leur médecin ; celle de Jacky Le Menn, qui a noté que dans toute structure médicale existe le risque, quelle que soit la conscience professionnelle des personnels médicaux, que le secret médical ne soit pas respecté comme il le devrait. Ce sont deux points à considérer. J'ajoute que je suis sensible aux souhaits des jeunes professionnels médicaux de s'installer et de travailler ensemble. Cependant, quand j'entends parler de prise en charge de la santé des populations sur les territoires ou de production de données épidémiologiques sur un territoire, cela me paraît un peu éloigné des besoins auxquels doivent d'abord répondre les maisons de santé. Celles-ci doivent avant tout faciliter l'installation, empêcher que ne s'étendent les déserts médicaux, affirmer la présence de la médecine de premier recours.

Deuxième point : les dispositions relatives à la biologie médicale. Nous avons essayé, au Sénat, de préserver certains des acquis de l'ordonnance de 2010. Nous avons été sensibles à l'attachement de la profession à la médicalisation renforcée de la biologie comme aux interrogations des jeunes biologistes. Nous sommes aussi un peu inquiets, je dois le dire, des dispositions introduites à l'article 18. Elles ne nous paraissent apporter aucune réponse aux préoccupations soulevées, à tort sans doute, par la récente loi sur les professions juridiques et judiciaires, mais qui se sont ajoutées à d'autres inquiétudes plus anciennes. En revanche, elles pourraient créer certains problèmes. Il aurait fallu régler cette question en séance publique, nous y étions tout disposés au Sénat mais cela n'a pas eu lieu et encore moins, hélas, à l'Assemblée nationale. Je ne crois pas qu'une commission mixte paritaire soit le meilleur endroit pour résoudre une question devenue aussi passionnelle. Il faudra donc y revenir.

J'aborderai enfin le sujet épineux de l'article 22 et de la demande de la Mutualité française de pouvoir, comme ses concurrents, différencier ses prestations selon que ses adhérents s'adressent ou non à un réseau ou un professionnel agréé.

Cette modulation des prestations ne paraît pas plus légale dans les autres organismes complémentaires que dans les mutuelles.

Elle porte atteinte au libre choix du médecin, qui est un principe fondamental de notre droit sanitaire. En outre, comme l'a relevé l'avis de l'Autorité de la concurrence de 2009, dont on nous parle beaucoup sans détailler son contenu, elle comporte des risques de fermeture du marché. Et surtout, comme cela a été dit la semaine dernière à l'Assemblée nationale, au détriment des services de santé de proximité, que les organismes complémentaires se soucient généralement peu d'intégrer à leur réseau.

Enfin, elle peut aussi fausser la concurrence en favorisant la fréquentation de certaines catégories d'établissements ou de services de soins.

Je tenterai donc de vous proposer une solution assurant à la fois le respect de l'égalité de concurrence et celui du libre choix du médecin.

Quant aux réseaux et au conventionnement avec les professionnels de santé, on peut très bien y être favorable, dans leur principe, s'ils permettent d'assurer un bon rapport qualité-prix des prestations. Mais nous savons aussi que, dans la pratique, il faut introduire un peu de transparence dans tout cela.

Comme la rapporteure de l'Assemblée nationale et comme le Gouvernement, je pense que c'est à l'État de prendre dans ce domaine ses responsabilités pour veiller aux conditions de négociation de ces conventionnements, pour définir les principes qui doivent les régir et pour en assurer la transparence.

Je voudrais aussi dire que nous ne voyons pas pourquoi les règles qui seront ainsi définies ne pourraient pas s'appliquer aux accords existants, quitte à donner aux réseaux déjà constitués un délai pour s'y conformer. Serait-il en effet concevable de laisser se perpétuer des pratiques comme les réseaux fermés, la confidentialité des listes de professionnels partenaires, l'absence de transparence des critères de choix des professionnels conventionnés ? Ce n'est pas de la rétroactivité et d'ailleurs, rappelons-le, la rétroactivité de la loi n'est pas inconstitutionnelle, sauf s'il s'agit d'une loi pénale.

Voilà ce que je souhaitais dire en introduction à notre débat, dont j'espère comme nous tous qu'il sera fructueux et nous permettra de parvenir à un accord.

Mme Catherine Lemorton, députée. Ce texte est un fourre-tout, sans queue ni tête. On y a même intégré deux propositions de loi en souffrance, relatives respectivement à la surdité et à la clé USB. Sur ce dernier point, on peut s'étonner que son développement soit encouragé en même temps que la mise en place, après sept ans d'efforts, du dossier médical personnel (DMP) et parallèlement au dossier pharmaceutique. Comment le patient va-t-il pouvoir s'y retrouver ?

En un sens, cette proposition de loi vient opportunément, au regard des négociations sur la convention médicale qui sont actuellement à la traîne. Elle revient sur deux petites avancées de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires »

(HPST), dont on ne saura donc jamais si elles auraient apporté une réponse à la question des déserts médicaux : le contrat de solidarité santé et l'amende qui était prévue en cas de non-respect de ces dispositions, d'une part, la déclaration des congés, d'autre part. Il est sidérant que certains syndicats – pas tous – tiennent cette seconde mesure pour vexatoire, alors que le fait d'être en très grande partie solvabilisé par la solidarité nationale entraîne des droits mais aussi des devoirs.

C'est avec une colère rentrée et contenue que j'ai pris connaissance du communiqué de presse par lequel le ministre a prétendu que les professionnels de santé avaient été consultés et avaient donné leur accord au dispositif de responsabilité civile professionnelle introduit par l'article 24. C'est un mensonge car certains des représentants d'organisations que j'ai réussi à contacter durant le week-end affirment n'avoir pas été consultés par le Gouvernement. Or, peut-on raisonnablement estimer qu'un diététicien nutritionniste ou un orthophoniste courent les mêmes risques et ont la même rémunération qu'un chirurgien ou un gynécologue-obstétricien ? Ce n'est en réalité qu'un article d'opportunité destiné à faire avancer les discussions conventionnelles face à la mauvaise volonté de certains syndicats.

Sur l'article 22, relatif au rôle des mutuelles dans les réseaux de soins, il faut relever que notre collègue Jean-Marie Rolland a formulé des réserves et souhaité qu'un rapport permette d'établir si le libre choix du patient est préservé.

Sur la biologie médicale, lorsque l'alinéa 7 de l'article 20 de la loi HPST, qui habilitait le Gouvernement à intervenir par ordonnance dans ce domaine, avait été supprimé, la ministre, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, avait plaidé en faveur d'un vrai débat législatif. L'ordonnance n'en a pas moins été publiée en janvier 2010, puis brièvement abrogée par l'Assemblée nationale lors de la première lecture du projet de loi relatif à la bioéthique. La confusion est grande, et s'y ajoute la difficulté posée par la nomination de professeurs des universités-praticiens hospitaliers dépourvus de formation en biologie médicale à la tête des services de médecine interne. Ici, le ministre a menti une seconde fois : contrairement à ce qu'il avance, il n'a pas découragé l'abrogation de cette ordonnance, alors qu'il répondait à notre collègue Jean-Sébastien Vialatte lors de la discussion en séance publique dans notre assemblée du projet de loi relatif à la bioéthique.

M. Guy Fischer, sénateur. Cette proposition de loi constitue un texte d'opportunité, qui vise à désamorcer la fronde des médecins libéraux. D'ailleurs, son initiative est clairement gouvernementale, notre collègue Jean-Pierre Fourcade étant en quelque sorte en mission commandée pour le compte de l'exécutif, soucieux de reconquérir l'électorat médical à l'approche des échéances de 2012.

La loi HPST est la source de nombreuses difficultés pour l'hôpital public ; elle ouvre la voie à un démantèlement progressif de notre système de soins. Certes, il ne s'agit pas de le privatiser du jour au lendemain, mais avec 20 000 fermetures de lits et 400 à 450 restructurations d'établissements ou de

services programmées, l'hôpital public va connaître de graves difficultés, qui iront à l'encontre de l'intérêt des patients. Il y a encore quelques années, on jugeait inimaginables en France les listes d'attentes sur lesquelles les patients britanniques doivent s'inscrire pour bénéficier de soins ; mais aujourd'hui, cette situation existe aussi chez nous.

S'agissant de l'article 22, nous soutenons la proposition de la Mutualité. Il ne s'agit pas de lui donner un blanc-seing, mais il faut au moins discuter de ses propositions et prendre en compte les réalités qu'elle avance.

Enfin, bien que nous soyons sensibles aux trois points soulevés par le rapporteur du Sénat, nous ne voterons pas le texte.

M. Jean-Pierre Fourcade, sénateur. La proposition de loi dont je suis l'auteur est le fruit des travaux de la commission que je préside, et qui a été instituée par la loi HPST pour suivre la mise en œuvre de la loi. Cette commission a fourni un travail conséquent, y compris sur le terrain, en se déplaçant dans dix régions. Je me tiens d'ailleurs à la disposition de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale pour venir lui présenter les conclusions de nos travaux avant la fin du mois de septembre.

Dans sa version initiale, la proposition de loi poursuivait trois objectifs.

Premièrement, elle visait à mettre en place un cadre juridique adapté à l'exercice collectif des professions de santé. Afin de répondre aux attentes des jeunes générations de praticiens, marquées par la féminisation du corps médical, il s'agissait de renforcer les maisons de santé pluridisciplinaires en clarifiant leur statut fiscal et les règles de responsabilité applicables. Tel est l'objet des articles 1^{er} et 2 du texte.

Ensuite, les contacts que nous avons eus avec les unions régionales des professions de santé nous ont permis d'identifier plusieurs points de blocage dans la mise en œuvre de la loi, concernant les déclarations d'absences et le contrat santé solidarité. C'est pourquoi nous avons proposé la suppression de ces dispositifs, ainsi que la réintroduction des contrats de bonne pratique destinés notamment à soutenir l'exercice médical en zone de montagne, qui étaient bien connus et appréciés des praticiens.

Troisième objectif : la proposition de loi avait pour objet de faciliter le pilotage du secteur médico-social, que la loi HPST a fait entrer dans le champ de compétence des agences régionales de santé (ARS). En effet, avec l'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale et la politique de décloisonnement entre l'hôpital, les soins de ville et le secteur médico-social, ce secteur est aujourd'hui dans l'expectative. Nous avons donc proposé plusieurs mesures visant à faciliter la transformation des établissements et services médico-sociaux et à améliorer leur pilotage par les ARS.

Ces objectifs sont atteints, et le texte est même allé au-delà. Il a été enrichi de dispositions importantes, notamment à la demande des biologistes et de la Mutualité.

M. Jacky Le Menn, sénateur. Le contrat santé solidarité constituait un apport très important de la loi HPST ; il est donc regrettable qu'il soit complètement dénaturé par cette proposition de loi.

En effet, pour lutter de façon efficace contre la désertification médicale, il ne faut pas se reposer sur un seul outil : les instruments incitatifs doivent être complétés par des dispositifs plus volontaristes, voire coercitifs, de solidarité entre les zones surdenses en offre de soins et les zones sous-denses.

Il faut d'ailleurs souligner que le dispositif du contrat santé solidarité comportait de nombreuses garanties : il n'aurait été mis en œuvre que sur la base d'une évaluation locale des besoins de santé et de façon facultative, à l'initiative de l'ARS. Il comportait un système équilibré d'incitations financières, à charge et à décharge.

Le syndicat majoritaire chez les médecins libéraux en a fait un *casus belli*, et les décrets d'application ne sont jamais sortis, ce qui a rendu caduc tout le travail parlementaire accompli.

On nous dit que l'on peut s'en remettre à la discussion avec les médecins pour traiter la question des déserts médicaux, mais force est de constater que ces discussions ne progressent pas, ou très peu. Il faut une politique plus volontariste. On a d'ailleurs consacré beaucoup d'énergie à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins, mais ceux-ci ne sont pas opposables, donc pas véritablement applicables.

J'ajoute que ces choix ne sont pas dépourvus d'arrière-pensées électoralistes.

M. Rémi Delatte, député. Ce texte est tout sauf un texte d'opportunité ; au contraire, il nous donne une occasion de revoir la loi HPST pour que sa mise en œuvre soit plus efficace. Les deux lectures de cette proposition de loi dans chaque assemblée ont permis d'enrichir le texte initial.

Ainsi, avec la création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), cette proposition de loi conforte l'organisation des soins de premier recours et contribue à les placer au centre de notre système de soins. De même, elle renforce la permanence des soins et va dans le sens d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, objectif sur lequel nous pouvons tous nous accorder.

Ainsi, l'article 6 garantit le droit fondamental des patients à être informés, tout en tenant compte des conditions d'exercice des professionnels, notamment des prothésistes.

S'agissant des articles 22 et 22 *bis*, le dispositif proposé permet une meilleure régulation des coûts en permettant aux organismes complémentaires de constituer des réseaux de soins, mais doit être assorti des restrictions appropriées : il ne doit pas s'agir de réseaux fermés, avec un *numerus clausus*.

Quant aux contrats de bonne pratique, leur réintroduction est une bonne chose et ils devront faire l'objet d'une évaluation.

M. Jean-Pierre Door, député. En matière d'électoratisme, nous n'avons aucune leçon à recevoir.

Cette proposition de loi permet de faire évoluer la loi HPST, excellente loi qui a ouvert la voie à une réforme de l'hôpital et au décloisonnement de notre système de santé, mais dont nous avons pu observer certaines difficultés d'application, au sein de la mission instituée par la loi elle-même et présidée par notre collègue Jean-Pierre Fourcade. Il fallait donc lever les obstacles juridiques à la bonne mise en œuvre de la réforme.

Ainsi, s'agissant de la médecine ambulatoire, le texte dote les maisons de santé pluridisciplinaires d'un statut clarifié du point de vue de leur nature juridique, de leur régime fiscal et de leur mission d'enseignement. Cela constitue une réponse sur un mode incitatif à la désertification médicale.

Je souligne aussi que le texte traite le problème de la responsabilité civile professionnelle des praticiens libéraux, qui était en suspens depuis la loi About du 30 décembre 2002.

*

* *

La commission mixte paritaire est ensuite passée à l'examen des articles restant en discussion.

Article 1^{er}

Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Je propose de revenir, à l'alinéa 6, au texte du Sénat, qui est aussi le texte adopté par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale – mais pas par l'Assemblée nationale elle-même. Cela permettrait à tout pharmacien de devenir associé d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je suis favorable à cette proposition.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Contrairement au Sénat, l'Assemblée nationale n'a pas souhaité prévoir, pour les activités exercées en commun par les associés de la SISA, un régime solidaire de responsabilité professionnelle analogue à celui existant dans les sociétés civiles professionnelles et dans les sociétés d'exercice libéral. À mon sens, ce choix n'est pas protecteur des associés, mais l'on peut s'y rallier dans la mesure où la SISA ne sera que très marginalement une société d'exercice professionnel.

Dans ce cas, je propose de supprimer l'article L. 4042-2 du code de la santé publique qui n'ajoute rien à la définition de la responsabilité civile professionnelle des professionnels de santé figurant dans ce code et se borne à rappeler des règles qui ne sont pas propres à la SISA.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je suis défavorable à cette suppression. Je préfère que les règles de responsabilité soient expressément indiquées dans la loi. Alors que le Sénat souhaite un régime de responsabilité calqué sur celui des sociétés d'exercice libéral, l'Assemblée nationale préfère un régime classique de responsabilité civile professionnelle individuelle. Les professionnels, notamment les auxiliaires médicaux et les infirmiers, nous ont avertis que si nous adoptions un régime de responsabilité commune, ils renonceraient à utiliser les SISA.

M. Jean-Pierre Door, député. Je ne comprends pas bien le sens d'une responsabilité commune. Dans la SISA, il peut y avoir des médecins de spécialités différentes qui sont couverts par des contrats de sociétés d'assurance différentes ; il n'est pas simple d'envisager une assurance commune.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. J'ai reçu des représentants des unions régionales des professions de santé de Bretagne et de Basse-Normandie qui m'ont dit qu'ils ne s'engageraient pas dans les SISA si celles-ci étaient régies par un mécanisme de responsabilité collective.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Je tiens à rappeler que je ne demande pas le retour au texte du Sénat. Je peux retirer mon amendement, sous réserve que nous apportions une modification rédactionnelle au texte de l'Assemblée nationale, qui me semble inutilement lourd.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je suis d'accord avec cette modification, qui rend la rédaction plus élégante. Notre objectif est d'être efficace et que les professionnels concernés comprennent la loi.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement, puis l'article 1^{er} ainsi modifié.

Article 2

Maisons de santé

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Il s'agit d'un point sensible pour nous : de manière constante, le Sénat a considéré qu'il n'y a pas de raison que le partage d'informations médicales varie en fonction du mode d'exercice des professionnels de santé – individuel, en groupe, en maison ou centre de santé. Les maisons de santé visent à faciliter l'installation des médecins et professionnels de santé qui ne peuvent s'installer seuls. Il n'est pas nécessaire qu'ils partagent plus que d'autres des informations concernant leurs patients.

Les gens souhaitent avant tout avoir facilement accès à un bon médecin généraliste. Il n'y a pas lieu de remettre en cause le secret médical. J'ajoute que le principe selon lequel un consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré est contraire à la législation communautaire qui exige que le consentement soit « *spécifique* ».

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Il s'agit pour l'Assemblée nationale aussi d'un point important. L'Assemblée a été également constante dans sa position, car elle souhaite que les maisons de santé ne se réduisent pas à un cabinet de groupe. Il s'agit de favoriser l'exercice des professions de santé en équipe, ce qui ne constitue pas un préjudice pour le patient, bien au contraire. Le partage d'informations est encadré puisque nous prévoyons le « *consentement exprès* » du patient, valable tant qu'il n'a pas été retiré. De plus, le patient peut choisir les professionnels qui y ont accès.

En ne permettant pas ce partage d'informations, on risque de freiner le développement des maisons de santé et de favoriser la circulation illégale d'informations sur les patients. Ces dispositions sont une des pierres angulaires des maisons de santé.

Mme Catherine Lemorton, députée. Je suis d'accord avec la rapporteure de l'Assemblée nationale. L'échange d'informations se fera de toute façon naturellement au sein des maisons de santé, donc autant l'encadrer. Sans cela, les maisons de santé se réduiront à de simples cabinets médicaux et n'auront aucun intérêt.

M. Jean-Pierre Door, député. Je vous recommande la lecture du rapport de notre collègue sénateur Jean-Marc Juilhard, ici présent, sur les maisons de santé, qui plaidait pour le partage d'informations. C'est la philosophie même des maisons de santé, dans lesquelles le partage d'informations entre professionnels de santé seniors et débutants peut être très enrichissant pour les uns et les autres.

M. Yves Daudigny, sénateur. Je rejoins la position de l'Assemblée nationale.

M. Jean-Pierre Fourcade, sénateur. Mon objectif est de lutter contre la désertification médicale grâce à des outils comme les SISA et les maisons de

santé. Je me rallie également au texte de l'Assemblée nationale qui me semble rendre les maisons de santé plus attractives.

M. Jean Mallot, député. À quoi bon créer des maisons de santé si on ne permet pas le partage d'informations ? Le texte de l'Assemblée nationale propose un dispositif déjà bien encadré.

M. Guy Fischer, sénateur. Les maisons de santé visent à lutter contre les déserts médicaux, mais aussi à fidéliser les patients. Le partage d'informations est une des clés de leur réussite.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Le texte de l'Assemblée nationale selon lequel le patient donne son accord à la maison de santé pour le partage des informations le concernant ne va pas dans le sens du code de la santé publique.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement et *adopte* l'article 2 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 3 bis AA

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

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 3 bis AB

Exercice de la médecine par les internes en année de seniorisation

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Bien que nos débats aient précisé la portée de cet article, il reste un peu redondant et contradictoire avec les dispositions de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, qui permettent déjà, dans d'autres conditions, à des étudiants de troisième cycle d'exercer la médecine. Je propose donc d'inscrire plus clairement l'article 3 *bis* AB dans la perspective de l'organisation d'une période de « seniorisation encadrée » effectuée en post internat.

Suivant l'avis favorable de Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale, la commission mixte paritaire *adopte* l'amendement, puis l'article 3 *bis* AB ainsi modifié.

Article 3 bis A

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

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Je propose de supprimer les alinéas 3 et 4 de cet article. En effet, le paragraphe III de l'article s'applique à tous les professionnels de santé et non aux seuls médecins. En outre, le paragraphe V permettra d'examiner, dans le cadre conventionnel, la possibilité d'une prise en charge partielle par l'assurance maladie des cotisations liées aux activités non salariées de toutes les catégories de professionnels de santé dans toutes les structures dont le financement inclut leur rémunération. La totalité des professions et des lieux d'exercice semblent donc couverts.

Suivant l'avis favorable Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale, la commission mixte paritaire *adopte* l'amendement de M. Alain Milon, puis l'article 3 bis A ainsi modifié.

Article 3 ter

Contrats d'exercice libéral dans les établissements privés à but non lucratif

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Je propose de réécrire cet article, afin d'en préciser la finalité qui n'est pour le moment pas claire. L'article 3 ter devait laisser aux établissements privés à but non lucratif, autorisés par la loi HPST à recourir à des professionnels médicaux libéraux rémunérés sur la base du tarif opposable, un délai pour adapter aux exigences de la loi les contrats conclus avant son intervention et prévoyant des dépassements d'honoraires.

Cependant, l'Assemblée nationale a donné une toute autre portée à cet article. Tel qu'il est actuellement rédigé, il permettrait aux établissements concernés de conclure jusqu'au 1^{er} janvier 2012 des contrats d'exercice libéral non conformes aux exigences de la loi HPST et ne prévoirait aucune échéance pour l'adaptation des contrats conclus antérieurement.

La rédaction que je propose vise à supprimer toute équivoque quant à la signification de l'article 3 ter.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Si l'Assemblée nationale a rétabli en deuxième lecture sa rédaction initiale de l'article 3 ter, c'est parce que la proposition d'Alain Milon fragiliserait de nombreux établissements, auxquels le recours à des professionnels exerçant en mode libéral est nécessaire. La rédaction de l'Assemblée nationale vise à donner un délai supplémentaire d'adaptation aux établissements. À Marseille, il s'agit tout de même de six établissements représentant huit cents médecins. Il est absolument nécessaire de prévoir une période d'adaptation permettant d'assurer la continuité du service et des soins.

Mme Catherine Lemorton, députée. La majorité a vraiment un problème avec les tarifs opposables. C'est exactement le même débat que celui qui a eu lieu sur des amendements de l'opposition qui disposaient que les professionnels exerçant en maison de santé devraient accepter de se soumettre au tarif opposable. On ne peut pas toujours avoir le beurre, l'argent du beurre, la crémière, le pot au lait et même le tabouret ! Lorsque l'on est « solvabilisé » par la solidarité nationale et que l'on a des locaux et du personnel administratif mis à disposition, on doit accepter quelques obligations. Je voterai donc l'amendement de M. Alain Milon.

M. Guy Fischer, sénateur. Je voterai cet amendement qui est de bon sens et vise à lever les freins existants. Trop c'est trop, on ne peut pas toujours bénéficier de dépassements d'honoraires !

M. Jacky Le Menn, sénateur. Je voterai également l'amendement qui relève du bon sens et a le mérite de lever toute ambiguïté. Nous assistons encore à un épisode de la bataille permanente qui se déroule autour des dépassements d'honoraires. Les tarifs pratiqués par les professionnels de santé doivent être accessibles à nos concitoyens et ne pas pénaliser les plus modestes.

M. Yves Daudigny, sénateur. Je suis très favorable à cet amendement. Arrêtons les dérogations perpétuelles !

M. Jean-Pierre Door, député. Je vous rappelle que le rapport Larcher mettait en exergue la nécessité pour certaines structures hospitalières de recourir à des professionnels en exercice libéral. C'est un problème concret : les hôpitaux ont besoin de certains spécialistes et ils ne peuvent pas les trouver sous un autre statut. Fermer toute ouverture à l'exercice libéral dès le 1^{er} janvier 2012 mettrait en difficulté le secteur privé hospitalier à but non lucratif.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Cet amendement est vraiment une fausse bonne idée. C'est effectivement le même débat que celui sur le secteur 1 dans les maisons de santé. Nous devons avant tout éviter de déstabiliser les onze établissements concernés dans tout le pays. Ils sont confrontés à un vrai problème et il s'agit seulement d'accorder à ces quelques établissements une petite souplesse supplémentaire. Il faut donc absolument assurer la continuité du service et des soins en conservant la rédaction de l'Assemblée nationale.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 3 *ter* est ainsi rédigé.

Article 6

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

La commission mixte paritaire *adopte* un amendement rédactionnel du rapporteur pour le Sénat, puis l'article 6 ainsi modifié.

Article 7 ter A

Rapport au Parlement sur la recomposition de l'offre hospitalière

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 9 bis B

Centre national de gestion et expérimentation relative à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers travaillant à temps partiel outre-mer

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 9 quater

Apparence et texture des médicaments génériques

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. À l'initiative du Gouvernement, le texte adopté en deuxième lecture par l'Assemblée nationale n'autorise qu'une exception à la protection assurée par le droit des marques et risque donc, de ce fait, d'être dépourvu de toute portée réelle, la présentation des médicaments étant généralement protégée à titre de dessin ou de modèle. Je propose donc de revenir à la rédaction qui avait été adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je donne un avis favorable à cet amendement. La question sera de toute façon rediscutée dans le cadre du futur projet de loi sur le médicament.

Mme Catherine Lemorton, députée. Nous devons tout faire pour favoriser les médicaments génériques. Ce n'est pas un hasard si un quotidien national a lancé, il y a quelques semaines, une campagne de dénigrement des génériques, dans laquelle on inquiète l'opinion sur les « excipients à effet notoire », alors même que ces produits sont le plus souvent utilisés dans les princeps depuis plusieurs décennies. Nous devons passer outre les pressions pour développer les médicaments génériques.

M. Guy Fischer, sénateur. Je suis également très attaché aux médicaments génériques et je soutiens donc l'amendement.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 9 *quater* est ainsi rédigé.

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

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Je propose, une nouvelle fois, de supprimer cet article qui porte aux droits des patients une atteinte dont la constitutionnalité est plus que douteuse et qui est, en outre, franchement disproportionnée par rapport à son objectif, à savoir débarrasser les établissements de santé de dossiers sous forme papier qu'ils jugent encombrants.

Dans le cadre de la loi HPST, nous avons déjà autorisé d'étendre l'hébergement des données aux dossiers sous forme papier afin de permettre aux établissements de santé d'externaliser leurs archives. Le transfert de ces données requerrait donc le consentement exprès des intéressés. L'article 12 propose tout bonnement de réputer ce consentement accordé pour tous les patients dont l'hospitalisation aurait cessé avant l'entrée en vigueur de la proposition de loi, aussi bien pour les données informatiques que pour les dossiers sous forme papier. On se dispenserait du même coup, comme la loi l'impose, de demander leur accord sur les personnes ayant le droit d'accéder à ces données.

Cela constitue une atteinte à une exigence de valeur constitutionnelle et me paraît tout à fait contraire à la directive communautaire relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Il est difficile d'admettre que le souci de « vider les armoires » hospitalières l'emporte sur ces considérations, d'autant plus que les établissements de santé n'ont fait aucun effort pour gérer plus rationnellement leurs archives. Ils ne se sont apparemment jamais préoccupés de recueillir le consentement de leurs patients à l'hébergement éventuel de données informatiques, ou de dossiers sous forme papier, et considèrent les intéressés comme introuvables dès la fin de leur hospitalisation.

On constate en outre que la France est, avec l'Italie, un des pays où les documents sous forme papier occupent la place la plus importante dans les dossiers des patients : 70 %, contre 28 % en Suède ou 53 % en Allemagne.

Cette situation est surprenante, alors que, depuis un certain nombre d'années, les données de santé produites à l'hôpital font l'objet d'une saisie informatique et peuvent être stockées sur des supports numériques, tout comme les documents sous forme papier éventuellement transmis aux établissements, qui peuvent être scannés.

Les établissements de santé peuvent par ailleurs transférer et conserver les données concernant leurs patients sur support informatique sans leur consentement, à condition d'en conserver seuls l'accès.

Ils ne sont enfin tenus de conserver sur place les dossiers sous forme papier que pendant vingt ans et peuvent donc, chaque année, déposer en un autre lieu une année d'archives. J'ajoute que tous les professionnels de santé sont tenus aux mêmes obligations et semblent s'en acquitter avec moins de moyens, sans demander périodiquement que la loi soit modifiée ou qu'il soit porté atteinte aux droits de leurs patients pour régler leurs problèmes de rangement.

La mesure proposée paraît donc peu admissible et l'on peut d'ailleurs s'étonner que l'administration de la santé ait demandé au Parlement d'adopter de telles dispositions.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je suis en désaccord avec cette analyse et souhaiterais que l'on adopte la rédaction de l'Assemblée nationale, qui a rétabli le texte qu'elle avait voté en première lecture. Il nous semble en effet nécessaire, face aux difficultés matérielles concrètes que rencontrent les établissements de santé, de limiter le recueil d'un accord exprès aux seuls patients qui seront admis en établissement de santé après promulgation de la loi, dans des conditions de sécurité juridique protectrices des droits des patients. Il s'agit donc de s'inscrire dans la démarche pragmatique qui caractérise cette proposition de loi, en permettant aux établissements de santé de mieux gérer leurs archives en tenant compte de leurs contraintes budgétaires et de la sécurité des données.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Bien que persuadé que cet article constitue un point important de la proposition de loi, j'accepte de retirer mon amendement.

La commission mixte paritaire *adopte* l'article 12 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 12 bis

Report du terme de l'expérimentation du dossier médical sur support portable

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 14 C

Régime d'autorisation expérimental de plateaux d'imagerie

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 17 ter

Expérimentation de la prescription de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse par les sages-femmes

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Cet article, en permettant l'expérimentation de la prescription par des sages-femmes d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, devrait permettre d'améliorer la situation de certains établissements de santé où l'offre médicale est tendue en matière d'IVG. Il constitue en outre une reconnaissance légitime des compétences des sages-femmes. Le Sénat y est donc très favorable. Toutefois, comme il s'agit d'une expérimentation, il me semble préférable, ne serait-ce que pour faciliter son évaluation, qu'elle se déroule dans le cadre d'une prise en charge supervisée par un gynécologue-obstétricien. Tel est l'objet de mon amendement.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je propose pour ma part d'en rester à la rédaction retenue par l'Assemblée nationale. Je suis donc défavorable à cet amendement qui revient sur la possibilité d'une réelle expérimentation. Compte tenu de la situation actuelle dans les établissements de santé en matière d'IVG, remettre en cause les compétences des sages-femmes et la possibilité qui leur serait donnée de pratiquer des IVG médicamenteuses me semble contraire au bon fonctionnement de ces établissements et constitue, selon moi, un recul pour les femmes et leur santé. Voilà maintenant plusieurs fois que nous tentons, à l'Assemblée nationale, de faire adopter ce dispositif qui, pour une raison ou pour une autre, est finalement rejeté. Il s'agit pourtant d'une réelle avancée pour les femmes qui ont à subir des délais extrêmement importants en matière d'IVG. Comme l'a montré notre collègue Bérengère Poletti, le suivi par une sage-femme est un gage de proximité. Dans les conditions toujours dramatiques et douloureuses qui accompagnent une IVG, permettre que celle-ci soit proposée par une sage-femme, dans des délais plus brefs, serait une mesure allant dans le bon sens.

Mme Catherine Lemorton, députée. Je souhaite exprimer l'opposition de mon groupe à cet amendement, pour les mêmes raisons que celles développées par Valérie Boyer. J'ajouterai qu'aujourd'hui, la gynécologie médicale est une discipline dévastée et que les gynécologues-obstétriciens sont débordés de travail et ont autre chose à faire. J'estime qu'il entre dans la compétence des sages-femmes de pratiquer ce genre d'interventions ; je rappelle qu'elles sont des professionnelles de santé reconnues, qui assurent les accouchements dans de bonnes conditions. Du reste, je ne pense pas que l'amendement d'Alain Milon conduira à réduire le nombre d'IVG – 200 000 par an – dont je souligne, comme l'a fait Valérie Boyer, qu'elles sont des actes traumatisants.

M. Jacky Le Menn, sénateur. Je suis, moi aussi, opposé à cet amendement, comme je l'avais d'ailleurs fait savoir au Sénat lors de la discussion générale. Je pense que l'on peut entièrement faire confiance aux sages-femmes qui disposent d'une réelle compétence et pratiquent parfois des accouchements très difficiles. Il faut, selon moi, aller de l'avant sur cette question, pour toutes les

raisons développées par la rapporteure Valérie Boyer. Mon expérience, relativement longue, en milieu hospitalier, me conduit à penser qu'il n'y a pas de raison de faire appel aux gynécologues-obstétriciens et que cet amendement est malvenu.

M. Jean-Louis Lorrain, sénateur. Il n'est évidemment pas question de mettre en cause les compétences des sages-femmes ou de tenir des propos défavorables à l'IVG. Mais une expérimentation suppose un protocole, qui nécessite une méthodologie particulière, issue de la recherche et donc relevant d'un certain niveau de compétences. À cet égard, il est pertinent de prévoir la supervision d'un gynécologue-obstétricien ; les médecins généralistes eux-mêmes se sentent parfois démunis quand sont menées des expérimentations. Celles-ci obéissent à des exigences strictes. Les banaliser serait déplorable. C'est pourquoi je soutiens l'amendement présenté par Alain Milon.

Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente. Je suis défavorable à cet amendement. En particulier dans le cas d'une expérimentation, il n'y a pas de raison de mettre en cause la responsabilité des sages-femmes, que l'on semble apparemment encore considérer comme étant sous la tutelle des médecins. Elles savent pourtant bien quand elles doivent faire appel à ces derniers. Cela étant, je propose, au début de l'alinéa 3, de prévoir que l'expérimentation est non pas « initiée » mais « engagée » par les agences régionales de santé, ce qui me paraît plus correct sur un plan rédactionnel.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Je crois que nous pouvons tous nous accorder sur ce point.

M. Guy Fischer, sénateur. Je suis moi aussi défavorable à l'amendement d'Alain Milon. Nous devons certes défendre la profession des gynécologues-obstétriciens, mais l'accès à l'IVG reste pour certaines femmes, en particulier les plus jeunes vivant dans des grands quartiers populaires comme les Minguettes, un problème réel. Des relations suivies avec les sages-femmes permettraient de traiter le problème plus en amont.

M. Rémi Delatte, député. J'irai dans le même sens. Il convient de reconnaître la profession de sage-femme et de ne pas mettre en cause l'accès à l'IVG, notamment dans les zones médicalement sous-dotées.

M. Yves Daudigny, sénateur. Je rappelle que l'article 17 *ter* vise à permettre une expérimentation. Si l'amendement du rapporteur Alain Milon était adopté, l'expérimentation prévue perdrait toute portée.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement d'Alain Milon et *adopte* l'amendement rédactionnel de Muguette Dini, puis l'article 17 *ter* ainsi modifié.

Article 18

Regroupement de pharmacies d'officine - Exercice de la profession de pharmacien - Constitution de sociétés de participations financières de professions libérales de pharmaciens d'officines et de biologistes médicaux

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je vous présente un amendement visant à réécrire le dispositif adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, afin de préciser que les nouvelles règles concernant les sociétés d'exercice libéral des biologistes médicaux ne valent que pour le futur et non pour les sociétés déjà existantes.

Suivant l'avis favorable d'Alain Milon, rapporteur pour le Sénat, la commission mixte paritaire *adopte* l'amendement, puis l'article 18 ainsi modifié.

Article 20

Mesures de coordination consécutives à la mise en place des agences régionales de santé

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Je vous propose de supprimer les alinéas 11 et 12 de cet article qui ont pour objet de réintroduire la possibilité, pour les vétérinaires, de suivre une formation en spécialisation de biologie médicale, sans pouvoir exercer les fonctions de biologiste médical, mais pour leur permettre de tirer parti de cette formation dans le domaine des anthroponozoonoses, c'est-à-dire les maladies communes à l'homme et à l'animal.

Mais l'accès en diplôme d'études spécialisées (DES) de biologie médicale et à une formation clinique à l'hôpital d'étudiants n'ayant pas vocation à se former en médecine humaine ne paraît pas la meilleure voie pour y parvenir et poserait sans doute des problèmes pratiques.

Il faudrait plutôt faire travailler ensemble des vétérinaires spécialisés en biologie vétérinaire et des biologistes médicaux. Pour cela, il serait utile que les études vétérinaires puissent être complétées par une spécialisation de biologie vétérinaire, comme le suggérait l'ordonnance du 13 janvier 2010 ; je crains que le ministre chargé de l'agriculture n'hésite à s'engager dans cette voie, sans doute faute de moyens. Nos deux commissions pourraient essayer de faire avancer cette idée.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je suis défavorable à cet amendement. Le dispositif prévu par l'article 20 permet d'introduire de la souplesse dans la gestion des carrières ; il concerne en outre très peu de personnes – un à deux vétérinaires par an au maximum. Quand on sait, comme nous l'ont rappelé nos collègues biologistes, que la plupart des grandes infections sont d'origine animale, il serait dommage de se priver des compétences des vétérinaires. Le ministère de l'agriculture a d'ailleurs plaidé pour que ces

dispositions figurent dans la proposition de loi. La porte n'est pas grande ouverte : il s'agit simplement de ne pas la fermer pour des cas qui sont marginaux.

M. Jean-Pierre Door, député. Je rappelle que le texte voté par l'Assemblée prévoit qu'« *un vétérinaire qui suit une formation en spécialisation de biologie médicale (...) ne peut s'en prévaloir pour exercer les fonctions de biologiste médical* ». Une séparation est donc maintenue entre la biologie médicale et la biologie vétérinaire. Un rapprochement de ces deux professions me paraît en outre nécessaire compte tenu des évolutions actuelles. L'exemple récent des épidémies de grippe A(H5N1) et A(H1N1) montre qu'il y a lieu de craindre d'autres épidémies d'origine animale. Je ne comprends donc pas pourquoi cet amendement est présenté. Pourquoi vouloir supprimer cette disposition ?

Mme Catherine Lemorton, députée. Le texte de l'Assemblée nationale ne permet en effet pas aux vétérinaires l'exercice de la profession de biologiste médical. J'étais initialement favorable à l'amendement d'Alain Milon, car j'estime que les deux pandémies récentes, d'origine animale, ne sont pas forcément le signe que toutes les maladies seront désormais de cette nature. Je rappelle qu'aujourd'hui, en médecine interne, le gros problème est celui des maladies auto-immunes. Cela étant, l'amendement d'Alain Milon me paraît malvenu.

M. Jean-Pierre Dupont, député. Je souhaite également signaler le problème des parasitoses, domaine dans lequel les vétérinaires jouent un rôle essentiel. Une coopération entre les professionnels doit donc exister ; une formation des vétérinaires en ce sens me paraît essentielle.

M. Jacky Le Menn, sénateur. Je suis favorable à l'adoption du texte de l'Assemblée nationale, qui me paraît très clair.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Une relation de travail entre biologistes médicaux et biologistes vétérinaires est évidemment nécessaire. Il est vrai que, dans la rédaction de l'Assemblée nationale, un vétérinaire ayant fait des études de biologie médicale ne peut diriger un laboratoire dans ce domaine. Mais je rappelle aussi que pour l'instant, il n'existe pas de certificat ou de diplôme d'études spécialisées en biologie vétérinaire. Je souhaite que l'ordonnance du 13 janvier 2010 entre en application et la création d'un DES de biologie vétérinaire pour qu'ensuite, les biologistes vétérinaires puissent travailler avec les biologistes médicaux. De telles conditions permettraient un échange efficace entre les deux professions.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Le souhait émis par Alain Milon est louable, mais la rédaction retenue par l'Assemblée nationale me paraît offrir toutes les garanties et la souplesse nécessaires. Il s'agit simplement de ne pas fermer des portes. L'alinéa 12 ne pose pas de problème : c'est un dispositif d'ouverture et de bon sens.

Mme Catherine Lemorton, députée. J'ai le sentiment d'assister à une discussion surréaliste. Les vétérinaires suivent déjà, au cours de leurs études, une

formation en biologie. Je ne comprends pas pourquoi nous aurions besoin d'inventer une spécialité en biologie vétérinaire.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Les médecins suivent aussi une formation en biologie mais ne suivent pas forcément ensuite une formation en spécialisation de biologie médicale.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement, puis *adopte* l'article 20 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 20 ter

Modalités de fixation des frais dus entre établissements d'une communauté hospitalière de territoire

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. L'article 20 *ter* modifie le huitième alinéa de l'article L. 6132 du code de la santé publique qui prévoit déjà que les conventions constitutives des communautés hospitalières de territoire déterminent, en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contrepartie des missions effectuées pour leur compte par certains d'entre eux. Par définition, cette négociation conventionnelle s'effectue librement et son champ d'application est très large.

Or, alors que la rédaction de l'Assemblée nationale ne change pas, en fait, la portée de cet alinéa, elle s'insère mal dans l'énumération des stipulations des conventions des communautés hospitalières de territoire prévue par l'article L. 6132-2 du code de la santé publique. Elle fait, en outre, référence aux « établissements associés » de la communauté hospitalière de territoire, catégorie que ne prévoit pas la loi.

Il semble donc préférable de ne pas modifier le texte en vigueur.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je suis favorable à cet amendement de suppression.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement. L'article 20 *ter* est *supprimé*.

Article 20 quinquies

Conditions de réalisation de la phase pré-analytique des examens de biologie médicale

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 20 sexies

Rétablissement des « ristournes »

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Mon amendement a pour objet de rétablir le texte adopté par le Sénat en deuxième lecture. Le retour aux « ristournes », permises par les anciens textes relatifs à la biologie, est interprété par les biologistes médicaux comme une négation de la médicalisation renforcée de leur discipline et un moyen de favoriser une concurrence sauvage entre laboratoires, qui bénéficierait surtout à de grandes entreprises étrangères. On évoque certes les économies que permettraient les ristournes : peut-être convient-il d'être prudent dans leur estimation, d'autant que les ristournes ont vocation, selon moi, à ne durer que le temps nécessaire pour éliminer les concurrents. C'est pourquoi le Sénat a souhaité limiter les exceptions à la facturation au tarif de la nomenclature aux coopérations « non marchandes » entre les établissements de santé et entre les laboratoires de biologie.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je me suis plusieurs fois exprimée sur le danger que contient le terme même de « ristournes » notamment au regard des règles européennes et de la directive « Services ». Les pharmaciens et les biologistes risquaient d'être confrontés à ces règles, avant d'être clairement rattachés aux professionnels de santé. Cette notion met en effet en péril tant l'organisation des soins telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui que le statut des professionnels qui y participent. Le texte de l'Assemblée proposait des possibilités d'accord quel que soit le statut de l'établissement concerné, y compris donc les laboratoires de biologie médicale privés, dans des conditions compétitives par rapport au service de biologie d'un établissement de santé. Mais je me rallierai aujourd'hui à la rédaction proposée par le Sénat, si mes collègues députés en sont d'accord.

M. Jean-Pierre Door, député. La différence de rédaction ne porte que sur la suppression des conventions susceptibles d'être passées avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie, pourquoi les exclut-on ? Des accords locaux peuvent exister entre un petit hôpital et la caisse primaire d'assurance maladie pour que des biologistes extérieurs puissent y faire des examens.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Le texte de l'Assemblée nationale fait référence aux « accords ou conventions », le Sénat préfère le terme de « coopération », comme c'est le cas entre un grand et un petit hôpital dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire, seul l'acte étant ainsi facturé sur la base de la nomenclature de la sécurité sociale. Monsieur Door, les conventions passées avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie font référence à des centres de santé relevant de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, député. La coopération entre grand et petit établissement hospitalier suppose qu'ils existent tous les deux sur le territoire concerné, ce qui est loin d'être le cas dans de nombreux territoires ruraux. Un

accord passé avec la caisse d'assurance maladie peut permettre à un laboratoire local de biologie médicale de traiter les examens du petit hôpital voisin.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Quelles conclusions doit-on tirer ?

M. Jean-Pierre Door, député. Je m'inquiète des conséquences de la suppression des accords susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. C'est effectivement un problème.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. La question d'un accord entre un petit hôpital et un laboratoire local ne trouve pas de réponse dans le texte de la proposition de loi, mais pas davantage dans le texte proposé par l'Assemblée, la nomenclature de la sécurité sociale s'imposant à tous.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. La rapporteure de l'Assemblée nationale donne son accord à l'amendement ou du moins n'est pas contre ?

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. J'ai expliqué que les débats qui ont été les nôtres sur ce point ne nous ont pas permis de trouver une solution satisfaisante. Le texte de l'Assemblée nationale permet que des accords soient passés entre tous les établissements, quels qu'ils soient, le texte proposé par le Sénat les limite aux seuls établissements de santé, excluant la biologie libérale. Mais je m'en remets à la sagesse de la commission mixte paritaire.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 20 *sexies* dans la rédaction du Sénat.

Article 20 octies

Nomination dans les centres hospitaliers et universitaires de personnes non titulaires du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Cet article est également un point de désaccord entre nos deux assemblées. Il traite des nominations dans les centres hospitaliers et universitaires de personnes non titulaires du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale. Le Sénat avait déjà manifesté l'année dernière son hostilité au recrutement de praticiens hospitaliers non titulaires de ce diplôme créé, faut-il le rappeler, en 1984. La période transitoire qui justifierait des dérogations aux règles normales de nomination me semble écoulée. Le Sénat avait donc supprimé en deuxième lecture cet article qui avait soulevé, très légitimement, une vive émotion parmi les biologistes médicaux et en particulier parmi les jeunes

biologistes désireux de suivre une carrière hospitalière. Nous sommes sensibles au souhait de la rapporteure de l'Assemblée nationale de trouver une rédaction de compromis. Il faut cependant garantir que l'on ne pourra faire un usage trop large de la possibilité de nommer à des postes hospitaliers de responsabilité des personnes qui n'auraient pas une vocation évidente à les occuper. La solution pourrait donc être d'exiger, pour procéder à de telles nominations, un avis conforme de la commission qui remplacera la commission nationale permanente de la biologie médicale.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je suis en désaccord avec cette proposition. Le texte de l'Assemblée nationale est déjà le fruit d'un compromis, la rédaction proposée ayant rassuré les jeunes biologistes. Par ailleurs, la loi HPST n'a jamais introduit d'avis conforme, qui est une procédure trop contraignante. Ce serait ici reconnaître un droit de veto à la présentation d'une candidature au Conseil national des universités.

M. Jean-Pierre Fourcade, sénateur. Les dirigeants de centres hospitaliers universitaires, présidents de commissions médicales ou directeurs généraux ont attiré mon attention sur ce point, important pour quelques centres et représentant seulement deux ou trois postes par an. La dérogation envisagée est donc tout à fait minime. J'avais d'ailleurs obtenu, lors de la rédaction de la proposition de loi, l'accord d'un certain nombre de syndicats de biologistes. Il me semble donc que le texte de l'Assemblée nationale est un compromis acceptable.

Mme Catherine Lemorton, députée. Je reprendrai mon intervention liminaire. Pourquoi ne pas imaginer l'inverse : qu'un médecin titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale ayant exercé trois années dans un service de pneumologie ou de cardiologie ne puisse pas, alors, devenir professeur des universités - praticien hospitalier (PU-PH) dans ces spécialités ? J'étais étudiante en pharmacie et en biologie pendant la période intermédiaire, de 1982 à 1984, et il nous était clairement apparu que ces spécialités étaient conçues comme une voie de reclassement pour les médecins d'où, alors, le mouvement de grève des étudiants. Force est de constater que la biologie médicale reste encore pour beaucoup une sous-spécialité. Je suis donc opposée à ces mesures dérogatoires.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement puis *adopte* l'article 20 *octies* dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 20 decies

Ratification sous réserve de modifications de l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je propose un amendement visant à enlever tout caractère rétroactif au nouveau dispositif de l'article L. 6223-6-1.

Suivant l'avis favorable de M. Alain Milon rapporteur pour le Sénat, la commission mixte paritaire *adopte* l'amendement, puis l'article 20 *decies* ainsi modifié.

Article 22

Modulation des prestations des mutuelles

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Mon amendement concerne un sujet sensible et, s'il était voté, j'ai bien conscience qu'il constituerait une véritable « bombe atomique ».

En lui-même, le conventionnement pratiqué par les organismes complémentaires, fondé sur la négociation de tarifs avec des professionnels de santé qui espèrent en contrepartie une augmentation de leur patientèle, n'impose nullement que les assurés ou adhérents soient sanctionnés par une réduction de prestations s'ils n'ont pas recours aux professionnels « agréés ».

Surtout, une telle incitation financière est inadmissible au regard du principe fondamental de la législation sanitaire du droit du malade au libre choix de son praticien ou de son établissement de santé.

Elle nuit aussi à la survie des services de santé de proximité, peu sollicités pour entrer dans les réseaux et dont les patients sont financièrement contraints de recourir à un professionnel agréé.

Elle n'est pas même efficace pour contenir l'augmentation des tarifs. Comme l'a récemment constaté l'Autorité de la concurrence, la pratique, dont elle est inspirée, des réseaux de garagistes agréés constitués par les assureurs n'a en rien freiné l'envolée des prix de la réparation automobile.

Il n'y a par conséquent aucune raison de légaliser de telles atteintes au libre choix du médecin.

Mon amendement a donc pour objet de les interdire à tous les organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM), ce qui permettra de rétablir entre eux l'égalité de concurrence et d'assurer le respect du principe du libre choix du médecin.

Plutôt que d'autoriser les mutuelles à opérer des remboursements différenciés, il propose d'interdire aux autres OCAM de continuer à le faire.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Les articles 22 et 22 *bis* ainsi que les amendements s'y rapportant doivent être évoqués ensemble.

Je ne suis pas favorable à l'amendement d'Alain Milon à l'article 22, car nous devons aborder le problème du reste à charge. L'assurance maladie permet

déjà un remboursement différencié selon le parcours de soin, il semble normal que les complémentaires puissent en faire autant.

L'article 22 *bis*, voté par l'Assemblée nationale, modifié par l'amendement que je propose par ailleurs, me paraît une solution plus adéquate car il permet, en particulier, de traiter du problème des remboursements différenciés, tout en garantissant le libre choix du patient. La rédaction que je propose précise, en effet, que les réseaux de soins doivent être ouverts et ne pas comporter de *numerus clausus*, ce qui me semble de nature à rassurer les offreurs de services, tels que les opticiens ou les audioprothésistes. Cela permettrait une diminution des prix des mutuelles qui, pour l'heure, ne bénéficient pas de la possibilité de moduler leurs prestations, contrairement aux assureurs.

Je propose d'aller plus loin que l'Assemblée nationale en deuxième lecture et de prévoir qu'à partir de la publication de la présente loi, les nouveaux appels d'offres concernant les mutuelles ne comportent pas de *numerus clausus*. Ces mesures de bon sens rassureraient tant les professionnels de santé que les patients et permettraient de diminuer les restes à charge sans enfermer les praticiens dans des réseaux ni restreindre la liberté de choix des patients.

M. Jean-Marie Rolland, député. En tant que rapporteur de la loi HPST, si j'ai souligné la nécessité de réguler les installations, j'ai toujours défendu la liberté de choix des patients. Le dispositif proposé par les mutuelles me rappelle les pratiques de la grande distribution envers les producteurs. Les professionnels de santé sont inquiets car ce dispositif comporte un risque de drainage des patients vers les grands centres de soins et, par conséquent, de diminution de l'offre de soins en milieu rural.

Il existe déjà des réseaux de soins de cette nature sous l'égide de certains régimes spéciaux d'assurance maladie. Or ce type d'organisation n'a démontré ni son efficacité ni sa capacité à réduire les coûts. Nous devons, avant toute chose, évaluer ce qui existe. La loi HPST a créé des outils pour procéder à des expérimentations dans le cadre des régions, qui permettraient de définir des objectifs de qualité, de proximité et d'évaluation des coûts, en particulier en matière de reste à charge.

Il me semble que nous devons procéder à des expérimentations et évaluer les réseaux existants plutôt que de décider, en réunion de commission mixte paritaire, d'une réforme générale de l'organisation de l'offre de soins, alors que les deux assemblées n'ont pas trouvé d'accord à ce sujet. Nous outrepasserions notre mission.

M. Jean Mallot, député. Comme je l'indiquais hier en séance publique, ce débat sur les mutuelles aurait eu toute sa place dans le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale. Il est lié à l'évolution du rôle des régimes complémentaires dans le système de sécurité sociale. Aujourd'hui le régime obligatoire rembourse de plus en plus faiblement les prestations, à hauteur

de 55 %, sauf pour les assurés souffrant d'affections de longue durée. Le reste à charge a donc augmenté. Dans certains secteurs tels que l'optique et les soins dentaires, la question du rôle des assurances complémentaires se pose avec acuité.

Comme nous l'avions exposé lors de l'examen de cette proposition de loi en commission et en séance publique, notre position repose sur deux principes : la liberté de choix des patients et l'ouverture des réseaux. Si ces deux conditions sont respectées, nous pourrions voter ce dispositif, en gardant à l'esprit qu'il faudra procéder à son évaluation dans quelques mois.

M. Jean-Pierre Fourcade, sénateur. Je pense également que ce débat sur les mutuelles aurait eu toute sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il existe aujourd'hui un terrain d'expérimentation possible : la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-c). Depuis deux ans, à la suite du désengagement de l'État, son financement est assuré par les mutuelles, les assureurs et les institutions de prévoyance. Si nous expérimentions le dispositif proposé dans le cadre de la CMU-c, qui concerne les plus démunis, nous pourrions nous rendre compte du sérieux ou non de cette solution et voir si ces trois acteurs sont capables de constituer des réseaux de soins ouverts. L'article 22 permettrait la création de sortes de *Health maintenance organizations* (HMO) à l'américaine. Or en Californie, par exemple, ce système n'a pas fonctionné car il était trop lié aux grandes entreprises.

Si l'expérimentation du dispositif au niveau de la CMU-c ne vous convainc pas, je propose que nous fusionnions les articles 22 et 22 *bis*. Le nouvel article pourrait alors comprendre le renvoi à un décret, le caractère ouvert des réseaux, une évaluation de l'Autorité de la concurrence, ainsi que la possibilité offerte à titre expérimental aux mutuelles de différencier leurs prestations entre leurs adhérents selon qu'ils ont recours ou non aux professionnels d'un réseau.

Mme Catherine Lemorton, députée. On assiste au transfert de la solvabilité de nos concitoyens vers le privé. Je rappelle que 8 % des Français et 14 % des retraités ne possèdent pas de couverture complémentaire, car ils ne peuvent pas l'assumer financièrement. Aujourd'hui, différentes pathologies sont sorties du dispositif des affections de longue durée telles que l'hypertension artérielle sévère. De même, au bout de cinq ans, une personne qui a eu un cancer n'appartient plus au dispositif des affections de longue durée.

Or une personne souffrant d'hypertension artérielle sévère ou ayant eu un cancer il y a cinq ans ne paiera pas le même tarif qu'une autre pour un contrat de couverture complémentaire. Le présent article 22, en cherchant à résoudre le problème du reste à charge, risque d'alourdir celui-ci dans les faits. Tant que subsisteront les contrats responsables, les franchises devront être réglées et assumées par les patients, car les mutuelles ne peuvent pas les rembourser. Enfin,

je partage les craintes de Jean-Marie Rolland et Jean Mallot sur l'augmentation des déserts médicaux si cet article était voté en l'état.

Nous voterons l'article 22 ou le 22 *bis* dans le texte de l'Assemblée, par souci de cohérence, mais nous demeurerons très vigilants sur les évolutions dans ce domaine au cours des prochains mois.

M. Jean-Pierre Door, député. On ne peut pas demander aux complémentaires de jouer un rôle dans l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et auprès de l'assurance maladie obligatoire, tout en les laissant dans une situation de payeurs aveugles. Il existe une différence importante entre, d'un côté, les assureurs et les organismes de prévoyance et, de l'autre, les mutuelles, que la Cour de cassation a entérinée au détriment de ces dernières. Il faut que les mutuelles puissent jouer le rôle tant de payeurs que d'offreurs de soins.

Si l'article 22 soulève de nombreuses questions et craintes, il me semble que l'article 22 *bis* permettrait d'avancer, avec transparence, en optant pour des réseaux ouverts et ne comportant pas de *numerus clausus*. Ainsi aucun praticien ne serait obligé d'adhérer à un réseau et les mutuelles pourraient assurer leur rôle d'offreurs de soins. Il existe déjà aujourd'hui des centres mutualistes optiques ou dentaires, on ne peut mettre fin à ces pratiques de terrain que nous devons, en revanche, évaluer.

M. Guy Fischer, sénateur. Pour ma part, je pense que ces deux articles n'auraient pas dû venir en commission mixte paritaire ; ils auraient dû être au cœur du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. C'est le principe de l'égalité de l'accès aux soins qui est en jeu, dans un contexte où l'assurance maladie obligatoire rencontre de plus en plus de difficultés pour satisfaire les assurés sociaux. C'est l'assurance universelle qui, d'une manière ou d'une autre, est remise en cause. Maintenant, on veut faire jouer un tout autre rôle aux organismes complémentaires, notamment aux mutuelles ; ceci me paraît mériter réflexion, compte tenu des enjeux. La Mutualité française est, me semble-t-il, le troisième offreur de soins, après l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris et les Hospices civils de Lyon.

In fine, ce que l'on constate, c'est le problème des restes à charge qui ne font qu'augmenter. Il faudra que l'on revienne sur cette question.

Par ailleurs, comme je l'ai dit, je suis très réticent à engager ce débat dans le cadre d'une commission mixte paritaire.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. On n'a pas attendu la commission mixte paritaire pour engager ce débat, mais c'est dans ce cadre qu'on essaie de résoudre un problème majeur qui n'a pas été réglé auparavant. C'est vrai que, dans le parcours de soins, il y a un remboursement différencié. Mais le parcours de soins laisse le libre choix du médecin, ce qui n'est pas le cas dans le cadre des réseaux. Dans cette dernière hypothèse, si on veut un remboursement

plus intéressant, on doit aller dans les réseaux de la mutuelle à laquelle on adhère, ce qui me semble être quand même une atteinte à la liberté de choix.

Cela dit, j'avais bien conscience que mon amendement sur l'article 22 allait provoquer des réactions, ce qui n'a pas manqué. Le but était de prolonger la discussion. Je vais donc retirer mon amendement qui, s'il était adopté, risquerait de tout faire « exploser ». Cela étant, je ne suis pas sûr que, si l'on adopte l'article 22 tel qu'il est actuellement rédigé, on ne fera pas tout « exploser » aussi.

À mon sens, on pourrait essayer de trouver une rédaction à partir de l'article 22 *bis* et des propositions de notre collègue Jean-Pierre Fourcade. Cette rédaction devrait nous permettre d'avoir une expérimentation, un décret, des réseaux et des patients qui soient satisfaits.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Une suspension de séance me semble nécessaire. Moi-même, je suis perplexe sur un certain nombre d'éléments, tels que la liberté, le reste à charge et puis aussi l'offre de soins en milieu rural qu'il ne faut pas négliger. Il faudrait donc tenter de trouver une synthèse.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je voudrais souligner que l'article 22, tel qu'il est rédigé, ne permet pas la création de HMO. Si l'article 22 a été distingué de l'article 22 *bis*, c'est parce que le premier ne porte que sur le code de la mutualité.

Si j'ai proposé l'article 22 *bis*, c'est parce que, à mes yeux, il n'est pas question de rentrer dans des réseaux fermés, avec *numerus clausus* et un parcours impératif.

Je voudrais aussi rappeler que les assurances complémentaires peuvent aujourd'hui moduler les restes à charge. Si l'Assemblée nationale a introduit l'article 22, c'est parce que les mutuelles n'avaient pas, dans ce domaine, la même latitude d'action que les autres assurances complémentaires. Il s'agit donc de faire en sorte que les mutuelles, en tant qu'offreurs de soins, puissent s'inscrire dans une démarche similaire à celle des autres assureurs complémentaires.

L'article 22 *bis* devrait être de nature à rassurer tous les protagonistes, que ce soit les professionnels de santé ou les patients. Je fais référence notamment au réseau ouvert sans *numerus clausus* et à la surveillance par l'Autorité de la concurrence.

Par ailleurs, je rappelle que les réseaux fonctionnent par appels d'offres. Avec mon amendement, une mutuelle, dotée aujourd'hui d'un réseau fermé, au moment de renouveler son appel d'offres, postérieurement à la promulgation du texte, fera un appel d'offres ouvert et sans *numerus clausus*. Comme cela, tout le monde sera sur un pied d'égalité. On n'aura pas de problème de captation des patients ou des professionnels de santé.

La séance est suspendue puis reprise.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Cet amendement de compromis propose une nouvelle rédaction de l'article 22, qui engloberait les actuels articles 22 et 22 *bis*. Le premier alinéa renvoie à un décret le soin de fixer les règles des conventionnements souscrits entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et tous les organismes complémentaires (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance). Le deuxième alinéa confirme le caractère ouvert de tous les réseaux, actuels et futurs. Le troisième alinéa précise que l'Autorité de la concurrence remet tous les trois ans aux commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport relatif aux réseaux de soins. Enfin, un paragraphe II offre aux mutuelles à titre expérimental, pour une durée de trois ans, la possibilité de différencier leurs prestations entre leurs adhérents selon qu'ils ont recours ou non aux professionnels d'un réseau.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Cet amendement est un texte de compromis qui doit permettre d'aboutir à un accord de l'ensemble des parties.

M. Jean-Marie Rolland, député. Les professionnels de santé sont préoccupés par la mise en place de ce dispositif. En outre, il fait peser des risques sur la démographie médicale, notamment dans les zones sensibles. Je pense, par ailleurs, qu'une commission mixte paritaire n'est pas le lieu adapté pour mettre en place une véritable révolution de notre système de soins, alors même que la loi HPST permet d'expérimenter les propositions de la Mutualité.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je pense qu'il est utile de préciser, notamment pour rassurer les professionnels de santé, que le deuxième alinéa concerne aussi les réseaux existants. Les réseaux actuellement fermés seront donc ouverts.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Il serait utile de préciser que la durée de trois ans court à compter de la promulgation de la loi.

Mme Muguette Dini, sénatrice, vice-présidente. Je vous propose quelques modifications rédactionnelles pour éviter certaines répétitions dans le deuxième alinéa.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Il serait aussi opportun d'ajouter que les conditions d'ouverture des réseaux sont fixées par le décret mentionné au premier alinéa du nouvel article 22.

M. Jean Mallot, député. Je prends acte des efforts faits par la majorité pour tenir compte de nos préoccupations. Je note le caractère ouvert des réseaux, la garantie du libre choix du praticien et le caractère expérimental de cette démarche. Nous serons particulièrement attentifs à l'évaluation de ce dispositif.

M. Guy Fischer, sénateur. Je m'abstiendrai sur cet amendement. En effet, je note le maintien du libre choix du praticien et le caractère ouvert des réseaux. En revanche, je crains que les patients supportent des restes à charge

importants. Je pense que nous devons compléter cette réforme lors du prochain débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Yves Daudigny, sénateur. Les modifications vont dans le bon sens et permettent un compromis satisfaisant. Il est notamment important que ce dispositif soit expérimental.

M. Jacky Le Menn, sénateur. Certains éléments me semblent intéressants, d'autres moins. Ce dispositif a néanmoins le mérite de constituer un bon compromis entre les différentes positions.

La commission mixte paritaire *adopte* l'amendement et l'article 22 est ainsi rédigé.

Article 22 bis

Encadrement du conventionnement entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, services et établissements de santé ou avec leurs gestionnaires de réseaux - Information du Parlement sur les réseaux de soins

La commission mixte paritaire *supprime* l'article 22 bis.

Article 23

Désignation des membres du Conseil supérieur de la mutualité – Suppression des comités régionaux de coordination de la mutualité

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Cet amendement vise à supprimer l'article 23 qui constitue, compte tenu du sujet qu'il traite, un cavalier législatif.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je propose pour ma part d'en rester à la rédaction retenue par l'Assemblée nationale. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission mixte paritaire *rejette* l'amendement, puis *adopte* l'article 23 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 24

Responsabilité civile des professionnels de santé – Indemnisation des victimes de préjudices corporels

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 24 bis

**Analyse par la Haute Autorité de santé des expertises médicales
en cas de mise en cause de la responsabilité civile d'un médecin**

La commission mixte paritaire *confirme la suppression* de l'article 24 bis.

Article 25

Généralisation du dépistage précoce des troubles de l'audition

La commission mixte paritaire *adopte* cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

La commission mixte paritaire adopte, ainsi rédigées, les dispositions restant en discussion de 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.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par le Sénat

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

Article 1^{er}

Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IV ainsi rédigé :

« TITRE IV

« LES SOCIÉTÉS INTERPROFESSIONNELLES DE SOINS AMBULATOIRES

« 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 médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

« 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.

« 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.

« Art. L. 4041-2. – La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :

« 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;

« 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

« Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4041-3. – Peuvent seules être associés 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 médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

Article 1^{er}

« Art. L. 4041-1. – Des ...

... pharmacien exerçant en officine ou dans un laboratoire de biologie médicale.

« Art. 4041-3. – Peuvent ...

... pharmacien exerçant en officine ou dans un laboratoire de biologie médicale et qui ...
... relèvent.

Texte adopté par le Sénat

« Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

« Art. L. 4041-4 à L. 4041-7. – (Non modifiés)

« Chapitre II

« Fonctionnement de la société

« Art. L. 4042-1. – (Non modifié)

« 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.

« La société et les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle.

« Art. L. 4043-3. – (Non modifié) »

« Chapitre III

« Dispositions diverses

« Art. L. 4043-1. – (Non modifié)

« 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.

« 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. »

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, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 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 aux articles L. 1142-1 à L. 1142-2.*

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Article 2

Texte adopté par le Sénat

échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

II. – (Supprimé)

III. – (Supprimé)

IV. – (Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Le projet ...

... santé. *Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membre de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.* »

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. »

IV. – *Au premier alinéa de l'article L. 1511-5, au a du 2° de l'article L. 1521-1, au deuxième alinéa de l'article L. 1531-2 et au b du I de l'article L. 1541-2 du même code, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « huitième ».*

Article 3 bis AA

I. – (Non modifié)

II (*nouveau*). – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, sans attendre la publication du premier schéma régional mentionné à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, arrêter les zones mentionnées au cinquième alinéa du même article, pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles

Article 3 bis AA

Texte adopté par le Sénat

de santé et des centres de santé, en se fondant sur les dispositions prévues au même alinéa et en suivant la procédure prévue à l'article L. 1434-3 du même code.

Le premier schéma régional d'organisation des soins intègre les zones définies en application du premier alinéa.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

III (nouveau). – Le 4° de l'article L. 1434-9 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 4° Pour chaque mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1, la liste des établissements de santé et des autres personnes citées à l'article L. 6112-2 assumant cette mission de service public, ainsi que le besoin à couvrir en fonction des besoins de la population ; ».

IV (nouveau). – L'article L. 6112-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le huitième alinéa est supprimé ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots « de service public » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 9°, 11°, 12° et 13° de l'article L. 6112-1 » ;

b) Les mots : « , 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 supprimés ;

c) Les mots « sur un territoire donné, », sont remplacés par les mots : « identifié dans le schéma régional d'organisation des soins conformément au 4° de l'article L. 1434-9, » ;

d) Les mots « peuvent faire » sont remplacés par les mots « font » ;

e) Sont ajoutés les mots : « , dans la limite des besoins de la population identifiés par ce schéma » ;

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Si, postérieurement à la reconnaissance prioritaire mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent article, les besoins de la population identifiés par le schéma régional d'organisation des soins pour ce qui concerne les missions de service public mentionnées aux 1°, 2°, 9°, 11°, 12° et 13° de l'article L. 6112-1 ne sont pas couverts, le directeur général de l'agence régionale de santé attribue ces missions dans le cadre d'un appel à candidature garantissant le respect des principes de publicité, de transparence et d'égalité entre les candidats. Dans le cas où cet appel à candidature s'avérerait infructueux, il désigne la ou les personnes chargées d'exercer ces missions.

« Le code des marchés publics et 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 ne s'appliquent pas à l'attribution des missions de service

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 des conditions déterminées par décret en Conseil d'État pris après avis du Conseil de l'ordre des médecins et de la Conférence des doyens des facultés de médecine et portant sur la durée, les conditions et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés.

« 1° et 2° (Supprimés) »

public mentionnées à l'article L. 6112-1. »

V (nouveau). – À l'article L. 6112-9 du même code, les références : « aux articles L. 6112-1 et L. 6112-5 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 6112-2 ».

VI (nouveau). – Après l'article L. 1434-3 du même code, il est inséré un article L. 1434-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-3-1. – L'illégalité pour vice de forme ou de procédure du projet régional de santé et de ses composantes prévues à l'article L. 1434-2 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. »

Article 3 bis AB

« Art. L. 4111-1-1. – ...

... Conseil d'État et portant ...

... validés.

Article 3 bis AC

.....Conforme.....

Article 3 bis A

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
1° L'article L. 6161-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement les auxiliaires médicaux intervenant dans les conditions prévues au présent article. » ;

2° L'article L. 6161-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement qui a recours à eux dans les conditions prévues au présent article. »

II. – (Supprimé)

Article 3 bis A

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

III. – (Non modifié)

IV. – (Supprimé)

V. – (Non modifié)

II bis (nouveau). – L'article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement ou le service social et médico-social, les professionnels médicaux et les auxiliaires médicaux libéraux intervenant dans les structures dont le financement inclut leur rémunération. »

Article 3 ter

Article 3 ter

L'article L. 6161-9 du code de la santé publique ne s'applique aux contrats d'exercice libéral conclus par les établissements relevant des *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale avant la promulgation 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 qu'à compter du 1^{er} janvier 2012.

L'article L. 6161-9 du code de la santé publique s'applique aux contrats d'exercice libéral conclus par les établissements relevant des *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 4 bis

Conforme...

Article 6

Article 6

Les deuxième et troisième phrases du premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique sont remplacées par six phrases 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 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, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien. 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. L'information délivrée au patient est conforme à un devis type défini par l'Union natio-

« Les ...

... praticien, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé conformément au dispositif mentionné au deuxième alinéa. Le professionnel ...

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

nale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. À défaut d'accord avant le 1^{er} janvier 2012, un devis type est défini par décret. »

... décret. »

Article 6 bis

..... Conforme.....

Article 7 bis

..... Conforme.....

Article 7 ter A

Article 7 ter A

L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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. »

Un rapport est remis chaque année par le Gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière. Il comporte un bilan détaillé de la mise en œuvre du dispositif des groupements de coopération sanitaire et rend compte, pour chaque région, des coopérations qui ont pu être mises en œuvre, des regroupements réalisés entre services ou entre établissements et des reconversions de lits vers le secteur médico-social.

Article 9 B, 9 et 9 bis A

..... Conformes.....

Article 9 bis B

Article 9 bis B

I. – L'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi rédigé :

« Art. 50-1. – Les personnels de direction et les directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être placés en recherche d'affectation auprès du Cen-

Texte adopté par le Sénat

tre national de gestion mentionné à l'article 116 pour une période maximale de deux ans. Pendant cette période, ils sont rémunérés par cet établissement qui exerce à leur égard toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

« Le Centre national de gestion établit, après consultation du fonctionnaire placé en recherche d'affectation, un projet personnalisé d'évolution professionnelle qui a pour objet de faciliter son affectation dans un établissement public de santé ou son accès à un autre emploi des secteurs public ou privé.

« Il garantit au fonctionnaire placé en recherche d'affectation un suivi individualisé et régulier ainsi qu'un appui dans ses démarches pour retrouver une affectation ou un emploi.

« À l'initiative du directeur général du Centre national de gestion, la recherche d'affectation prend fin, avant son échéance normale, lorsque le fonctionnaire a refusé successivement trois offres d'emploi public fermes et précises, transmises au Centre national de gestion et correspondant à son grade et à son projet personnalisé d'évolution professionnelle et tenant compte de sa situation de famille et de son lieu de résidence habituel.

« Dans l'hypothèse prévue à l'alinéa précédent ou au plus tard à la fin de la seconde année de recherche d'affectation s'il n'a pas retrouvé d'emploi, le fonctionnaire est placé d'office en position de disponibilité dans les conditions prévues à l'article 62 ou admis à la retraite s'il remplit les conditions nécessaires.

« Le Centre national de gestion verse les allocations mentionnées à l'article L. 5424-1 du code du travail aux fonctionnaires placés d'office en position de disponibilité à l'issue de leur recherche d'affectation, au lieu et place de leur dernier employeur.

« Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article 2 de la présente loi, l'alinéa précédent s'applique aux praticiens hospitaliers mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. »

II et III. – (Non modifiés)

IV. – L'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le Centre national de gestion emploie des agents régis par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou par la présente loi ainsi que des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« Il emploie également des agents contractuels de droit public, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Le conseil d'administration délibère sur un règlement fixant les conditions de leur gestion administrative et financière. »

V. – (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

VI (nouveau). – L'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les emplois de direction mentionnés aux 1° et 2° ouvrent droit à pension soit au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite, soit au titre de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires, des magistrats ou des militaires. Les retenues y afférentes sont acquittées sur la base du traitement versé au titre de l'emploi de détachement. »

VII (nouveau). – Après l'avant-dernier alinéa de l'article 9-2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les emplois de direction pourvus dans le cadre du premier alinéa du présent article ouvrent droit à pension au titre de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Les retenues y afférentes sont acquittées sur la base du traitement versé au titre de l'emploi de détachement. »

VIII (nouveau). – Le dernier alinéa de l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique et l'avant-dernier alinéa de l'article 9-2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dans leur rédaction résultant de la présente loi, sont applicables aux fonctionnaires occupant les emplois concernés, respectivement, à compter du 23 juillet 2009 et à compter du 30 juillet 2010. »

Article 9 bis

..... Suppression conforme.....

Article 9 quater

Après l'article L. 5121-10-2 du code de la santé publique, 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

Article 9 quater

Le chapitre III du titre I^{er} du livre VII du code de la propriété intellectuelle est complété par un article L. 713-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 713-7. – L'enregistrement d'une marque protégeant l'aspect tridimensionnel ou la couleur de la forme pharmaceutique d'une spécialité de référence ne permet pas à son titulaire d'interdire l'usage par un tiers du même signe

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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. »

ou d'un signe similaire pour une spécialité générique, au sens du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, destinée à être substituée à cette spécialité de référence dans les conditions prévues à l'article L. 5125-23 du même code, pour autant que cet usage ne soit pas tel qu'il donne l'impression qu'il existe un lien commercial entre le tiers et le titulaire de la marque. »

Article 9 *sexies* et 9 *septies*

.....Suppression conforme.....

Article 11 *bis*

.....Conforme.....

Article 12

Supprimé

Article 12

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.

Article 12 *bis*

Supprimé

Article 12 *bis*

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

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

« Lesdits 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

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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, publié dans les deux mois suivant la promulgation 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, 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. »

Article 14 C

Article 14 C

Après l'article L. 6122-14-1 du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6122-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 6122-15. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-1, dans un délai de deux ans 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, l'agence régionale de santé peut autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents.

« L'expérimentation a pour objet d'organiser la collaboration entre les professionnels et de favoriser la substitution et la complémentarité entre les techniques d'imagerie médicale. Elle a également pour objectif d'améliorer la pertinence des examens d'imagerie.

« Les titulaires des autorisations contribuent à la permanence des soins en imagerie en établissement de santé.

« Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale mutualisés accordées à titre expérimental par le directeur général de l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional d'organisation des soins prévu aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 en ce qui concerne les implantations des équipements matériels lourds, la complémentarité de l'offre de soins et les coopérations.

« L'autorisation est accordée pour une durée de trois ans, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé.

« Les titulaires des autorisations remettent à l'agence

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation médicale et économique.

« Au terme de la durée de trois ans, l'autorisation délivrée dans le cadre de l'expérimentation peut être retirée ou prorogée pour la poursuite de l'expérimentation pendant deux ans au plus. À cette issue, les équipements matériels lourds sont alors pleinement régis par les dispositions des articles L. 6122-1 à L. 6122-13.

« L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13.

« La décision d'autorisation prévue au présent article vaut autorisation pour les équipements matériels lourds inclus dans les plateaux techniques qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable en vertu de l'article L. 6122-1. Il leur est fait application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Les conditions de mise en œuvre des dispositions du présent article sont précisées par voie réglementaire. »

« Les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles. »

Article 14 ter

..... Conforme.....

Article 16 et 16 bis A

..... Conformes.....

Article 17 bis

..... Conforme.....

Article 17 ter

Article 17 ter

Après l'article L. 2212-10 du même code, il est inséré un article L. 2212-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-10-1. – Après consultation des profes-

Texte adopté par le Sénat

sionnels de santé concernés, une expérimentation est menée, pour une durée de deux ans, dans une région qui connaît un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse et des difficultés pour organiser leur prise en charge.

« Initiée par l'agence régionale de santé, cette expérimentation autorise les sages-femmes des établissements de santé publics ou privés à pratiquer sous la responsabilité d'un gynécologue-obstétricien des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse selon les règles d'administration applicables à cette pratique prévues par le présent chapitre.

« Dans le cadre de cette expérimentation, la sage-femme sollicitée par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse procède à la consultation médicale prévue à l'article L. 2212-3 et informe celle-ci, dès sa première visite, des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse ainsi que des risques et des effets secondaires potentiels. Si la femme renouvelle sa demande d'interruption de grossesse, la sage-femme recueille son consentement dans les conditions prévues à l'article L. 2212-5.

« Une sage-femme bénéficie de la clause de conscience et n'est jamais tenue de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais elle doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

« Si la sage-femme ne pratique pas elle-même l'interruption de grossesse, elle restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au praticien choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'elle s'est conformée aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

« Les modalités d'organisation de la consultation des professionnels de santé prévue au premier alinéa du présent article sont fixées par décret.

« Avant le 15 septembre de chaque année, le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport qui présente une évaluation de l'expérimentation ainsi menée. »

Article 18

I. – (Non modifié)

II. – (Supprimé)

III. – Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 5125-17 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut être constitué entre personnes physiques ou morales exerçant la profession de pharmacien des sociétés de participations financières ayant pour objet la détention des

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Initiée ...

... pratiquer des interruptions ...

... chapitre.

Article 18

III. – Après ...

... publique, *sont insérés deux alinéas* ainsi rédigés :

Texte adopté par le Sénat

parts ou d'actions de sociétés mentionnées au premier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 90-1258 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 et aux sociétés de participations financières de professions libérales. Par dérogation au 4° de l'article 5 de la même loi, les sociétés de participations financières de profession libérale de pharmaciens d'officine ne peuvent être composées que des membres exerçant leur profession au sein de la société d'exercice libéral. »

IV. – Le 3° de l'article L. 6223-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les sociétés de participations financières de profession libérale de biologistes médicaux ne peuvent être composées que des membres exerçant leur profession au sein de la société d'exercice libéral. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Pour l'application de l'article 31-1 de la même loi, les parts ou actions des sociétés de participations financières de la profession libérale de pharmaciens d'officine ne peuvent être détenues que par des personnes exerçant leur profession au sein de la société d'exercice libéral dont ladite société de participations financières détient les parts ou actions. »

V (nouveau). – Après le même article L. 6223-1, il est inséré un article L. 6223-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6223-1-1. – I. – Il peut être constitué entre des personnes physiques exerçant la profession libérale de biologiste médical au sein d'une société d'exercice libéral visée au 3° de l'article L. 6223-1, une société de participations financières de profession libérale, régie par le titre IV de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 précitée, ayant pour objet la détention de parts ou d'actions de la société d'exercice libéral susmentionnée.

« Les parts ou actions de la société de participations financières de la profession libérale de biologiste médical visée au premier alinéa du présent article ne peuvent être détenues que par des personnes physiques exerçant leur profession au sein de la société d'exercice libéral dont ladite société de participations financières détient les parts ou actions.

« II – Le premier alinéa de l'article 5-1 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 précitée n'est pas applicable à la profession libérale de biologiste médical. »

VI (nouveau). – Les III à V du présent article ne s'appliquent qu'aux sociétés créées après la publication de la présente loi.

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 18 bis A

Conforme

Article 20

I. – (Non modifié)

II. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À l'article L. 313-22-1, la référence : « L. 1425-1 » est remplacée par la référence : « L. 1427-1 » ;

2° Au **b** de l'article L. 313-3, la référence : « 3° , » est supprimée ;

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2, la référence : « 3° , » est supprimée ;

4° (*nouveau*) À l'article L. 351-1, les mots : « le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général, séparément ou conjointement, ainsi que par le président du conseil régional et, le cas échéant, par les ministres compétents » sont remplacés par les mots : « les autorités compétentes » ;

5° (*nouveau*) À l'article L. 351-3, après les mots : « le représentant de l'État dans le département », sont insérés les mots : « ou la région ».

II bis (*nouveau*). – Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est compétent pour connaître des recours dirigés contre les décisions prises, au titre des exercices 2010 et 2011, par le représentant de l'État dans la région en application de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles.

III. – (Non modifié)

IV (*nouveau*). – Au quatrième alinéa du I et au II de l'article L. 4124-11 du code de la santé publique, après les mots : « en cas », sont insérés les mots : « d'insuffisance professionnelle, ».

Article 20

5° À l'article L. 351-3, après *le mot* : « département », sont insérés les mots : « ou la région ».

V (*nouveau*). – *Le IV de l'article 9 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est ainsi rédigé :*

« IV. – *Un vétérinaire qui suit une formation en spécialisation de biologie médicale postérieurement à la date de publication de la présente ordonnance ne peut s'en prévaloir pour exercer les fonctions de biologiste médical. »*

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 20 bis

Conforme

Article 20 ter

Supprimé

Article 20 ter

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 ; ».

Article 20 quater

Conforme

Article 20 quinquies

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A (*nouveau*) Avant la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Chaque établissement de transfusion sanguine peut disposer d'un laboratoire comportant plusieurs sites, localisés sur plus de trois territoires de santé par dérogation aux dispositions de l'article L. 6222-5, dans la limite de son champ géographique d'activité déterminé en application de l'article L. 1223-2. » ;

1° L'article L. 6211-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6211-13.* – Lorsque la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un établissement de santé, elle peut l'être, en tout lieu, par un professionnel de santé habilité à réaliser cette phase. Cette phase pré-analytique doit être réalisée sous la responsabilité du professionnel concerné dans le respect de la procédure d'accréditation.

« Les catégories de professionnels habilités à réaliser cette phase sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

2° À l'article L. 6211-14, après les mots : « établissement de santé », sont insérés les mots : « et en l'absence d'urgence médicale » ;

3° (*nouveau*) L'article L. 6223-5 est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Une personne physique ou morale qui détient une fraction du capital social d'une société réalisant la phase

Article 20 quinquies

« Les ...
... phase *pré-analytique* sont santé. » ;

Texte adopté par le Sénat

pré-analytique d'un examen de biologie médicale dans les conditions mentionnées à l'article L. 6211-13 et ne répondant pas aux dispositions du chapitre II du titre I^{er} du présent livre. »

Article 20 *sexies*

I. – L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6211-21.* – Sous réserve des coopérations dans le domaine de la biologie menées entre des établissements de santé dans le cadre de conventions, de groupements de coopération sanitaire ou de communautés hospitalières de territoire, et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – (Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 20 *sexies*

« *Art. L. 6211-21.* – Sous réserve des *accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou avec des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1* et sous réserve ...

sociale. »

II. – Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est abrogé.

Article 20 *septies*

.....Suppression conforme.....

Article 20 *octies*

Supprimé

Article 20 *octies*

Après l'article L. 6213-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6213-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6213-2-1.* – *Dans les centres hospitaliers et universitaires et dans les établissements liés par convention en application des dispositions de l'article L. 6142-5, des professionnels médecins ou pharmaciens, non titulaires du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et justifiant d'un exercice effectif d'une durée de trois ans dans un laboratoire de biologie peuvent être, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 6213-12, recrutés dans une discipline biologique ou mixte sur proposition des sections médicales et pharmaceutiques du Conseil national des universités. Ces professionnels exercent leurs fonctions dans le domaine de spécialisation correspondant à la sous-section médicale ou à la section pharmaceutique du Conseil national des universités.* »

Article 20 *nonies*

.....Suppression conforme.....

Article 20 *decies*

I. – (Non modifié)

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

Article 20 *decies*

I. – (Non modifié)

Texte adopté par le Sénat

1° L'article L. 6211-12 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6211-12. – Lorsque le parcours de soins suivi par le patient comporte des tests, recueils et traitements de signaux biologiques ayant fait l'objet d'une prescription et nécessitant un appareil de mesure, le biologiste médical s'assure, à l'occasion d'un examen, de la cohérence entre les données du dispositif médical ou du dispositif médical de diagnostic in vitro et le résultat de l'examen de biologie médicale qu'il réalise. » ;

2° Au dernier alinéa du I de l'article L. 6211-18, les mots : « d'analyse » sont supprimés ;

2° *bis (nouveau)* La seconde phrase de l'article L. 6212-4 est supprimée ;

3° À la première phrase du 1° de l'article L. 6213-2, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , dans les établissements de santé privés à but non lucratif ou dans les établissements de transfusion sanguine » ;

4° L'article L. 6213-4 est ainsi modifié :

a) La première phrase du cinquième alinéa est complétée par les mots : « par l'autorité compétente » ;

b) Le sixième alinéa est supprimé ;

5° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6213-8, les mots : « privé de santé » sont remplacés par les mots : « de santé privé » ;

6° Après l'article L. 6213-10, il est inséré un article L. 6213-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6213-10-1. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles, par dérogation aux articles L. 6213-1 à L. 6213-4, les biologistes médicaux peuvent se faire remplacer à titre temporaire. » ;

7° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 6221-9, le mot : « ministère » est remplacé par le mot : « ministre » ;

8° (Supprimé)

9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6222-1, les mots : « , public ou privé, » sont supprimés ;

10° (Supprimé)

11° Au premier alinéa de l'article L. 6223-3, les mots : « personne morale » sont remplacés par le mot : « société » ;

12° Au 1° de l'article L. 6223-5, les mots : « autorisée à prescrire des examens de biologie médicale » sont remplacés par les mots : « , un établissement de santé, social ou médico social de droit privé » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

10° À la fin de l'article L. 6222-2, la référence : « L. 1434-9 » est remplacée par la référence : « L. 1434 7 » ;

Texte adopté par le Sénat

12° *bis (nouveau)* a. Après l'article L. 6223-6, il est inséré un article L. 6223-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6223-6-1. – Afin de respecter les règles d'indépendance professionnelle reconnues aux médecins et aux pharmaciens dans le code de déontologie qui leur est applicable, la fraction du capital social détenue, directement ou indirectement, par des biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale et possédant une fraction du capital social ne peut être inférieure à un pourcentage déterminé par décret en Conseil d'État après avis de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens.

« Pour satisfaire aux conditions fixées par le premier alinéa, la société peut décider d'augmenter son capital social du montant de la valeur nominale des parts ou actions nécessaires et de les vendre à un prix fixé, sauf accord entre les parties, dans les conditions prévues à l'article 1843-4 du code civil. »

b. Une société qui exploite un laboratoire de biologie médicale et qui ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 6223-6-1 du code de la santé publique dispose d'un an à compter de la publication de la présente loi pour se mettre en conformité avec la loi. À défaut, tout intéressé peut demander en justice la dissolution de la société. Le tribunal peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. La dissolution ne peut être prononcée si, au jour où il est statué sur le fond, cette régularisation a eu lieu ;

13° À la fin de l'article L. 6231-1, les mots : « de l'organisation du contrôle national de qualité » sont remplacés par les mots : « du contrôle de qualité prévu à l'article L. 6221-11 » ;

14° Le titre III du livre II de la sixième partie est complété par un article L. 6231-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 6231-3. – En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer l'interruption immédiate, totale ou partielle, du fonctionnement des moyens techniques nécessaires à la réalisation de l'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

15° L'article L. 6241-1 est ainsi modifié :

a) Au 8°, après le mot : « privé, », sont insérés les mots : « à l'exception des laboratoires exploités sous la forme d'organisme à but non lucratif, » ;

b) À la fin du 10°, la référence : « à l'article L. 6221-4 » est remplacée par les mots : « au 3° de l'article L. 6221-4 ou n'ayant pas déposé la déclaration mentionnée aux 1° et 2° du même article » ;

c) Le 13° est ainsi rédigé :

« 13° Le fait, pour un laboratoire de biologie médicale, de ne pas faire procéder au contrôle de la qualité des ré-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

b. *Supprimé*

Texte adopté par le Sénat

sultats des examens de biologie médicale qu'il réalise dans les conditions prévues à l'article L. 6221-9 ou de ne pas se soumettre au contrôle national de la qualité des résultats des examens de biologie médicale prévu à l'article L. 6221-10 ; »

d) Au 20°, après le mot : « médicale », est inséré le mot : « privé » ;

16° Après l'article L. 6241-5, il est inséré un article L. 6241-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6241-5-1. – Les chambres disciplinaires de l'ordre des médecins ou de l'ordre des pharmaciens sont compétentes pour statuer sur une plainte déposée à l'encontre d'une société qui exploite un laboratoire de biologie médicale privé lorsque cette personne morale est inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ou de l'ordre des médecins.

« Lorsque la personne morale mentionnée au premier alinéa est inscrite simultanément au tableau de l'ordre des médecins et au tableau de l'ordre des pharmaciens, est saisie soit la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins si les biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale sont majoritairement inscrits au tableau de l'ordre des médecins, soit la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des pharmaciens dans l'hypothèse inverse. En cas d'égalité entre médecins biologistes et pharmaciens biologistes, le plaignant détermine la section des assurances sociales compétente.

« Si la plainte concerne un manquement à une obligation de communication envers un ordre particulier, seules les chambres disciplinaires de l'ordre concerné sont saisies.

« Les sanctions mentionnées aux articles L. 4124-6 et L. 4234-6 sont applicables aux sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé faisant l'objet de poursuites disciplinaires, respectivement, devant l'ordre des médecins ou devant l'ordre des pharmaciens. Dans ce cas :

« 1° L'interdiction prononcée par la chambre disciplinaire de première instance mentionnée au 4° de l'article L. 4124-6 est, pour les sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé inscrites au tableau de l'ordre des médecins, une interdiction temporaire de pratiquer des examens de biologie médicale avec ou sans sursis ; cette interdiction ne peut excéder un an ;

« 2° Les interdictions prononcées par la chambre disciplinaire de première instance au titre des 4° ou 5° de l'article L. 4234-6 sont, pour les sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé inscrites au tableau de l'ordre des pharmaciens :

« – une interdiction temporaire de pratiquer des examens de biologie médicale d'une durée maximale d'un an, avec ou sans sursis ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Lorsque ...

... détermine la chambre disciplinaire compétente.

Texte adopté par le Sénat

« – une interdiction définitive de pratiquer des examens de biologie médicale » ;

17° À la fin de l'article L. 6242-3, les références : « aux articles L. 6231-1 et L. 6232-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 6231-1 » ;

18° Après l'article L. 4352-3, il est inséré un article L. 4352-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4352-3-1. – Les personnes qui exerçaient, à la date du 29 novembre 1997, les fonctions de technicien de laboratoire de biologie médicale dans un établissement de transfusion sanguine sans remplir les conditions exigées mais qui justifient, à la date du 23 mai 2004, d'une formation relative aux examens de biologie médicale réalisés dans un établissement de transfusion sanguine peuvent continuer à exercer les mêmes fonctions. » ;

19° Le sixième alinéa de l'article L. 4352-7 est supprimé ;

20° Le dernier alinéa de l'article L. 1434-9 est supprimé ;

21° Au 18° de l'article L. 5311-1, après le mot : « appropriée », sont insérés les mots : « conformément au 3° de l'article L. 6211-2 ».

III. – (Non modifié)

IV. – L'article 7 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 précitée est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Jusqu'au 31 octobre 2020, aucun laboratoire de biologie médicale non accrédité ne peut fonctionner sans respecter les conditions déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale.

« En outre, et jusqu'à cette même date, aucun laboratoire de biologie médicale privé non accrédité ne peut fonctionner sans détenir l'autorisation administrative prévue au premier alinéa de l'article L. 6211-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance.

« L'autorisation peut être retirée lorsque les conditions de sa délivrance cessent d'être remplies.

« À compter du 1^{er} novembre 2018, les laboratoires de biologie médicale ne peuvent fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur 80 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent. » ;

2° À la première phrase du II, après le mot : « délivrée », sont insérés les mots : « dans les conditions définies au I » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« I. – Jusqu'au 31 octobre 2018, aucun ...

... médicale.

Texte adopté par le Sénat

3° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « telle que définie aux articles L. 6211-2 et suivants du code de la santé publique dans la rédaction en vigueur avant cette publication » sont remplacés par les mots : « délivrée dans les conditions définies au I » ;

b) La dernière phrase du 1° est supprimée ;

c) Le 2° devient le 3° et, à la fin de la dernière phrase, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;

d) Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Un laboratoire de biologie médicale qui ouvre un site nouveau, dans le respect des limites territoriales définies au même article L. 6222-5, à condition de ne pas dépasser le même nombre total de sites ouverts au public ; »

4° Au IV, après le mot : « administratives », sont insérés les mots : « délivrées dans les conditions définies au I » et, à la fin, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2020 » ;

5° Le V est ainsi rédigé :

« V. – Le fait de faire fonctionner un laboratoire de biologie médicale non accrédité au sens de l'article L. 6221-1 du code de la santé publique sans respecter les conditions déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale et, pour les laboratoires de biologie médicale privés, sans détenir une autorisation administrative telle que définie aux articles L. 6211-2 à L. 6211 9 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente ordonnance est constitutif d'une infraction soumise à sanction administrative dans les mêmes conditions que l'infraction mentionnée au 10° de l'article L. 6241-1 dudit code. »

V. – (Non modifié)

VI. – L'article 9 de la même ordonnance est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du II, les références : « de l'article L. 6223-4 et du 2° de l'article » sont remplacées par la référence : « des articles L. 6223-4 et » ;

2° (Supprimé)

3° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Les personnes ayant déposé auprès du ministre chargé de la santé, avant la date de publication de la présente ordonnance, une demande d'autorisation d'exercice des fonctions de directeur ou directeur adjoint de laboratoire sans qu'une décision leur ait été notifiée au plus tard à cette même date peuvent présenter une demande d'autorisation d'exercer les fonctions de biologiste médical ; cette demande est adressée au ministre chargé de la santé qui prend sa décision après avis de la commission mentionnée à l'article L. 6213-12 du code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

4° Au ...

« 2018 » ;

... l'année :

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 21

.....Suppression conforme.....

Article 22

Supprimé

Article 22 bis

Un décret en Conseil d'État fixe les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé, et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.

L'Autorité de la concurrence remet tous les trois ans aux commissions des affaires sociales du Parlement un rapport relatif aux réseaux de soins agréés.

Article 23

Supprimé

Article 22

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. »

Article 22 bis

Tout réseau de soins constitué par un organisme d'assurance maladie complémentaire à compter de la date de promulgation de la présente loi doit être ouvert à tout professionnel en faisant la demande, à condition qu'il respecte les conditions fixées par le gestionnaire du réseau dans des conditions fixées par décret.

Un décret fixe les règles de tout conventionnement souscrit après son entrée en vigueur entre ...

... réseaux.

L'Autorité ...

... commissions permanentes chargées des affaires ...

... agréés.

Article 23

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

1° Le second 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.

Texte adopté par le Sénat

Article 24

I. – 1. Il est créé, au plus tard le 1^{er} janvier 2013, un dispositif de mutualisation assurantiel à adhésion obligatoire pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral et mentionnés à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique pour les risques encourus au titre de leur responsabilité civile professionnelle, dont la nature justifie le groupement des capacités de couverture, sans possibilité d'action récursoire contre le professionnel de santé concerné.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 24

I. – A. – *Le titre II du livre IV du code des assurances est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :*

« CHAPITRE VI

« *Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé*

« *Art. L. 426-1. – I. – Un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et mentionnés à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, lorsque ces dommages engagent leur responsabilité civile professionnelle, est chargé d'indemniser, dans la limite de ses ressources, pour la part de leur montant excédant le plafond mentionné à l'article L. 1142-2 du même code, les préjudices subis par les victimes et, en cas de décès, par leurs ayants droit.*

« *La gestion comptable, financière et administrative du fonds est assurée par la caisse centrale de réassurance dans un compte distinct de ceux retraçant les autres opérations qu'elle effectue. Les frais qu'elle expose pour cette gestion sont imputés sur le fonds.*

« *II. – Le fonds est alimenté par une contribution forfaitaire à la charge des professionnels de santé mentionnés au I, dont le montant est fixé par décret. Ce montant peut être, le cas échéant, modulé en fonction de la profession exercée. Cette contribution est perçue par les organismes d'assurance et reversée au fonds dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.*

« *III. – Les transactions conclues par les organismes d'assurance ou par l'office institué à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique auxquelles le fonds n'est pas partie ne lui sont pas opposables.*

« *IV. – Sauf disposition contraire, un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. »*

B. – *Le chapitre II du titre IV du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :*

1° *Après le troisième alinéa de l'article L. 114- 2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

« *Les professionnels de santé exerçant à titre libéral mentionnés à la quatrième partie du présent code sont également tenus au paiement de la contribution mentionnée à l'article L. 426-1 du code des assurances. » ;*

2° *À la fin de l'avant dernier alinéa de l'article L. 1142-14, les mots : « ainsi que l'office institué à l'article L. 1142-22 » sont remplacés par les mots : « , l'office institué à l'article L. 1142-22 ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels est ou était affiliée la victime lors du dommage qu'elle a subi » ;*

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

2. À compter de la création du dispositif mentionné au 1 et au plus tard le 1^{er} janvier 2013, l'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 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 lorsqu'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 et que le délai de validité de la couverture d'assurance du médecin ou de la sage-femme garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L.1142-22 du présent code est substitué au professionnel concerné. »

3° À la première phrase de l'article L. 1142-16, après le mot : « assureur », sont insérés les mots : « du fonds institué à l'article L. 426 1 du code des assurances, » ;

4° À l'article L. 1142-17-1, après le mot : « assureur », sont insérés les mots : « et, le cas échéant, au fonds institué à l'article L. 426 1 du code des assurances » ;

5° L'article L. 1142-21 est ainsi modifié :

a) Au dernier alinéa, après le mot : « assureur » sont insérés les mots : « et au fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la juridiction compétente, saisie d'une demande d'indemnisation des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins dans un établissement de santé, estime que les dommages sont imputables à un professionnel de santé libéral au titre du 1 de l'article L. 1142-1 du présent code et que l'indemnisation dépasse les plafonds de garantie des contrats d'assurance de ce professionnel, le fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances est appelé en la cause s'il ne l'avait pas été initialement. Il devient défendeur en la procédure. » ;

6° L'article L. 1142-21-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-21-1. – Lorsqu'un ...

...l'article L. 162-9 dudit

code ...

... l'occasion d'un accident médical et que ...

... concerné.

« Le premier alinéa du présent article n'est applicable que si l'office institué à l'article L. 1142-22 du présent code est appelé en la cause. »

C. – Le dispositif prévu au A est applicable à tous les accidents médicaux consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins faisant l'objet d'une réclamation, au sens de l'article L. 251-2 du code des assurances, à compter du 1^{er} janvier 2012, quelle que soit la date du fait générateur du dommage.

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

D. – Le B entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012.

II. – 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 ainsi modifiée :

1° Avant le premier alinéa de l'article 31, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre des procédures amiables ou contentieuses, les dommages corporels pour lesquels la victime peut prétendre à indemnisation sont déterminés suivant une nomenclature non limitative de postes de préjudice, patrimoniaux et extrapatrimoniaux, fixée par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'intitulé de la section 5 du chapitre III est ainsi rédigé : « Du calcul des préjudices futurs et de la conversion en capital des rentes indemnitaires » ;

3° L'article 44 est ainsi modifié :

a) Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les préjudices futurs de victimes d'accident, quel que soit leur mode de liquidation, ainsi que les prestations futures à la charge des organismes mentionnées à l'article 29 sont calculés, conventionnellement comme judiciairement, suivant une table de conversion fixée par décret, basée sur un taux d'intérêt révisé au moins une fois par an. La table de conversion est actualisée tous les trois ans suivant les dernières évaluations statistiques de l'espérance de vie publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques. » ;

b) Après le mot : « suivant », la fin est ainsi rédigée : « cette même table de conversion. » ;

4° La section 5 du chapitre III est complétée par des articles 45-1 et 45-2 ainsi rédigés :

« *Art. 45-1.* – En vue de concourir à la présentation poste par poste des éléments de préjudice corporel prévue à l'article 31, des missions types adaptables d'expertise médicale, pouvant être retenues par les juridictions saisies de demandes de réparation de préjudices corporels, sont établies par voie réglementaire.

« *Art. 45-2.* – Sous réserve des dispositions des articles L. 28 à L. 30 du code des pensions civiles et militaires de retraite, des articles L. 9 à L. 13 *bis* du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, des articles L. 341-1, L. 434-2, L. 635-5, L. 644-2 et L. 723-6 du code de la sécurité sociale, des articles L. 732-8 et L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime, de l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles et de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), un barème médical unique

Texte adopté par le Sénat

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. – 1. (Supprimé)

2. Une commission *ad hoc* élabore une proposition pour le barème médical unique visé 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. Cette commission comprend notamment des médecins exerçant les fonctions d'expert judiciaire, des médecins assistant des victimes et des médecins prêtant habituellement leur concours à des assureurs, des représentants des associations de victimes agréées, un conseiller d'État et un conseiller à la Cour de cassation.

Un décret fixe la composition et les principes de fonctionnement de cette commission.

IV. – (Non modifié)

V. – Le Gouvernement présente dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi un rapport sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre d'une ou plusieurs bases de données en matière d'indemnisation du préjudice corporel, accessibles au public et placées sous le contrôle de l'État, recensant toutes les transactions conclues entre les assureurs et les victimes ainsi que les décisions définitives des cours d'appel. Ce rapport porte également sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre d'un référentiel national indicatif de postes de préjudices corporels.

VI. – (Supprimé)

Article 24 bis (nouveau)

L'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° D'analyser, après avoir supprimé toutes les données relatives à l'identité des personnes physiques et morales concernées, les expertises médicales qui lui sont obligatoirement transmises par les médecins et établissements dont la responsabilité civile ou administrative a été mise en cause devant les juridictions ou devant une commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-14. »

Article 25

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

V. – Le ...

... d'appel des juridictions civiles et administratives et du Conseil d'État. Ce ...

... corporels.

VI. – (Supprimé)

Article 24 bis

Supprimé

Article 25

Texte adopté par le Sénat

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

« 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. »

II. – (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 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.

« 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.

II. – (Non modifié)

Article 26

..... Conforme.....

Texte adopté par le Sénat

—



Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 28

.....Suppression conforme.....

Article 29

.....Conforme.....

.....

Article 34

.....Conforme.....