

N° 705

**SÉNAT**

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2019-2020

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 14 septembre 2020

**PROPOSITION DE LOI**

*tendant à prendre, à titre expérimental, des dispositions afin de moderniser  
l'organisation et le fonctionnement du système de santé en Normandie,*

PRÉSENTÉE

Par Mme Nathalie GOULET,

Sénateur

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission  
spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*



## EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

La crise sanitaire que la France et le monde ont traversée a mis en lumière - outre l'exceptionnelle qualité et la force des soignants et personnels hospitaliers - les lourdeurs administratives et technocratiques du système de santé français. Cette crise a été l'occasion de mettre en évidence les dysfonctionnements parfois graves et inadmissibles des agences régionales de santé, alors que parallèlement, les élus de terrain s'organisaient pour lutter contre la pandémie.

Le décalage entre la gestion de ces agences et la réalité de terrain s'est notamment fait sentir lorsque le directeur de l'agence régionale de santé de la région Grand Est annonçait des licenciements en pleine crise sanitaire.

Les agences régionales de santé ont été initiées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - dite loi Bachelot. Une dizaine d'années après leur création, il est temps de procéder à leur réforme.

De très nombreux professionnels du secteur de la santé et des élus considèrent en effet que la révision de cette institution est primordiale, notamment afin de revoir le processus de décision, considéré comme unilatéral et n'incluant pas les acteurs qui sont pleinement investis sur le terrain.

Comme le souligne Henri Bergeron, directeur de recherche au CNRS et au centre de sociologie des organisations (CSO - CNRS/Sciences Po Paris), les ARS n'ont pas été des acteurs dans la lutte contre le coronavirus, mettant en exergue les « *défauts de coopération et de coordination* » d'organismes réduits au contrôle budgétaire et paralysés par la lenteur bureaucratique. Les travaux du chercheur montrent que « *c'est une organisation extrêmement locale qui s'est constituée pour affronter la pandémie* ».

Le nécessaire besoin de proximité, seul rempart contre l'exclusion sociale, n'est pas qu'un argument de campagne, c'est aussi une réalité voulue par les Français.

C'est pourquoi la présente proposition de loi vise à bénéficier des possibilités d'expérimentation pour renforcer la place et le rôle des élus régionaux et départementaux dans le pilotage des systèmes de santé en Normandie (chapitre I<sup>er</sup>).

Par ailleurs, comme une bonne administration de la santé et des finances publiques ne pourra pas se faire sans une lutte impitoyable contre la fraude sociale, la présente proposition de loi tend à insérer dans son chapitre II la généralisation de carte vitale biométrique en Normandie.

En effet, le territoire de la région Normandie, parfaitement cohérent depuis sa réunification, constitue un terrain d'expérimentation idéal compte tenu de son échelle, de sa population urbaine et rurale et des problématiques de démographie médicale qui s'y posent avec acuité.

C'est l'objet de la présente proposition de loi.

## **Proposition de loi tendant à prendre, à titre expérimental, des dispositions afin de moderniser l'organisation et le fonctionnement du système de santé en Normandie**

### **Article 1<sup>er</sup>**

Les dispositions de la présente loi s'appliquent titre expérimental dans la région Normandie et pour une durée de cinq ans à compter du premier jour du sixième mois suivant sa promulgation.

### **CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

#### **Renforcer la place et le rôle des élus régionaux et départementaux dans le pilotage du système de santé**

### **Article 2**

- ① Pendant l'expérimentation, un office régional médical et social assure dans la région Normandie les missions et compétences de l'agence régionale de santé, de la caisse régionale d'assurance retraite et de la santé au travail, de l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail et du comité régional et de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.
- ② L'office assure également le contrôle des conditions dans lesquelles est mise en œuvre la promotion de la santé scolaire définie à l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation.
- ③ L'avis conforme de l'office est requis pour l'adoption du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 4622-10 du code du travail.

### **Article 3**

L'office régional médical et social est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la santé et du président du conseil régional.

## Article 4

- ① L'office régional médical et social est administré par un conseil d'administration qui exerce notamment les compétences attribuées par le code de la santé publique aux conseils de surveillance des agences régionales de santé. Un décret en Conseil d'État fixe, en tant que de besoin, les autres compétences de ce conseil d'administration.
- ② Outre le président du conseil régional qui le préside, le conseil d'administration comprend :
  - ③ 1° Un conseiller régional par département ;
  - ④ 2° Un membre de chaque conseil départemental de la région ;
  - ⑤ 3° Quatre représentants de l'État ;
  - ⑥ 4° Les maires des communes ou les présidents d'intercommunalités où se trouve un établissement hospitalier ;
  - ⑦ 5° Cinq membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort ;
  - ⑧ 6° Cinq représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées ;
  - ⑨ 7° Cinq personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'office désignés par arrêtés conjoints du ministre chargé de la santé et du président du conseil régional.
- ⑩ Des représentants des personnels de l'office, ainsi que le directeur général, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.
- ⑪ L'écart entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes parmi les membres du conseil d'administration mentionnés au 1° et les représentants des personnels ne peut être supérieur à un. Parmi les membres désignés par une même personne, l'écart entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes ne peut être supérieur à un.
- ⑫ Les conditions dans lesquelles peuvent être désignés des membres suppléants sont fixés par décret.
- ⑬ Chaque membre du conseil d'administration dispose d'une voix. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

- ⑭ Les incompatibilités prévues par le code de la santé publique pour les membres des conseils de surveillance des agences régionales de santé sont applicables aux membres du conseil d'administration de l'office.

### **Article 5**

- ① L'office régional médical et social est dirigé par un directeur général désigné par le président du conseil régional sur proposition du ministre chargé de la santé. Le directeur général exerce les compétences attribuées par les lois et règlements au directeur régional de l'agence régionale de santé, au directeur de la caisse régionale d'assurance retraite et de la santé au travail, au directeur de l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail et au directeur du comité régional et de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.
- ② Ces compétences sont exercées au nom de la région.
- ③ Auprès de l'office sont constituées la conférence et les commissions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique.

### **Article 6**

Le budget de l'office régional médical et social est soumis aux dispositions du code de la santé publique fixant le régime financier des agences régionales de santé.

### **Article 7**

La fixation des objectifs et mesures contenus dans le schéma régional de santé en application des 2° et 3° du I de l'article L. 1434-3 du code de la santé publique est soumise à l'avis conforme du conseil régional.

## CHAPITRE II

### Mise en place d'une carte Vitale biométrique

#### Article 8

- ① I. – Pendant la durée de l'expérimentation, les organismes gestionnaires de l'assurance maladie compétents dans la région Normandie délivrent aux personnes qui leur sont rattachées la carte électronique individuelle inter-régimes mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, à laquelle est intégrée l'image numérisée des empreintes digitales du titulaire. Sous cette forme, la carte électronique individuelle inter-régimes est appelée « carte Vitale biométrique ».
- ② Cette « carte Vitale biométrique » est délivrée gratuitement.
- ③ II. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire mentionnés au premier alinéa du I du présent article et le groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale expérimentent l'utilisation de la « carte Vitale biométrique » par les assurés et les professionnels de santé et la mise à disposition de services équivalents à ceux de la carte électronique individuelle inter-régimes mentionnée à l'article L. 161-31 du même code. Ils assurent le pilotage, le suivi et l'évaluation de cette expérimentation.
- ④ III. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire participant à l'expérimentation délivrent une « carte Vitale biométrique » aux personnes qui leur sont rattachées. Ils s'assurent préalablement de leur identité et de ce qu'elles sont titulaires d'une carte d'assurance maladie valide.
- ⑤ L'assuré participant à l'expérimentation donne son accord pour la consultation des données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire dont il relève, prévue à l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale, en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, sa « carte Vitale biométrique ».
- ⑥ Les assurés et les professionnels de santé participant à l'expérimentation prévue au présent article sont informés des modalités de l'expérimentation ainsi que de l'existence et de la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel les concernant, de ses finalités, de l'identité du responsable, des destinataires des données et des modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification prévus aux articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés par la diffusion d'une notice mise à leur disposition au démarrage de celle-ci.

- ⑦ IV. – Le titulaire de la « carte Vitale biométrique » signale la perte ou le vol selon la procédure indiquée par l'organisme auquel il est rattaché. Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire participant à l'expérimentation signalent au groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale les « cartes Vitale biométriques » perdues ou volées pour leur inscription sur une liste d'opposition dédiée.
- ⑧ Les professionnels de santé procédant à la facturation d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie sont informés de l'inscription d'une « carte Vitale biométrique » sur une liste d'opposition préalablement à la facturation.
- ⑨ V. – La fin du bénéfice des droits aux prestations d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-15-4 du code de la sécurité sociale entraîne l'impossibilité d'utiliser la « carte Vitale biométrique » pour la facturation d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie.

### CHAPITRE III

#### **Dispositions diverses**

##### **Article 9**

- ① I. – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les expérimentations prévues par la présente loi au plus tard six mois avant leur terme.
- ② II. – Au plus tard huit mois avant le terme de l'expérimentation prévue à l'article 8 de la présente loi, les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire mentionnés au présent article et le groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale adressent au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport d'évaluation de la « carte Vitale biométrique », qui fait notamment état de l'évolution des chiffres de la fraude en obtention des droits.

##### **Article 10**

- ① I. – A. – Les conséquences financières résultant pour les régions de la présente loi sont compensées à due concurrence, par une majoration de la fraction du produit net de la taxe sur la valeur ajoutée mentionnée au II de l'article 149 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

- ② B. – Les conséquences financières résultant pour les autres collectivités territoriales de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par une majoration de la dotation globale de fonctionnement.
- ③ II. – Les conséquences financières résultant pour les organismes de sécurité sociale de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ④ III. – Les conséquences financières résultant pour l'État de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.