

TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>QUATRIÈME PARTIE Professions de santé LIVRE PRÉLIMINAIRE Dispositions communes</p>	<p>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</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un quatrième titre ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;"><i>« TITRE IV « Les sociétés interprofessionnelles ambulatoires</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« CHAPITRE PREMIER « Constitution de la société</i></p> <p><i>« Art. L. 4041-1. – Il peut être constitué, entre personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé régie par la présente partie du code de la santé publique et n'assurant pas d'hébergement, des sociétés interprofessionnelles ambulatoires qui jouissent de la personnalité morale et sont soumises aux dispositions du présent titre.</i></p> <p><i>« Art. L. 4041-2. – Les sociétés interprofessionnelles ambulatoires sont des sociétés civiles régies par les chapitres I^{er} et II du titre IX du livre III du code civil, sous réserve des dispositions du présent titre.</i></p> <p><i>« Elles ont pour objet :</i></p> <p><i>« 1° De faciliter à chacun de leurs associés l'exercice de son activité par la mise en commun de moyens ;</i></p> <p><i>« 2° Si leurs statuts le prévoient, l'exercice en commun de certaines activités à finalité thérapeutique relevant de la profession de leurs associés, nonobstant toute disposition législative ou ré-</i></p>	<p>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</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>Le ...</p> <p>... par un titre <i>IV</i> ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;"><i>« TITRE IV « Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires</i></p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p><i>« Art. L. 4041-1. – Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession de santé.</i></p> <p><i>« Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ...</i></p> <p><i>... IX du code civil et par les dispositions du présent titre.</i></p> <p><i>« Art. L. 4041-2. – La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :</i></p> <p><i>« 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité de chacun de ses associés ;</i></p> <p><i>« 2° L'exercice en commun, par ses associés, de certaines activités à finalité thérapeutique relevant de leurs professions respectives.</i></p>

Textes en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

glementaire réservant aux personnes physiques l'exercice de cette profession.

« Les activités qui peuvent être exercées en commun dans le cadre d'une société interprofessionnelle ambulatoire sont précisées par décret.

« Art. L. 4041-3. – Peuvent seules être associées les personnes qui, préalablement à la constitution de la société, exerçaient régulièrement la profession ainsi que celles qui, réunissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur, ont vocation à l'exercer.

« Une société interprofessionnelle ambulatoire ne peut être constituée par moins de deux médecins et un auxiliaire médical.

« Art. L. 4041-4. – Les statuts de la société sont établis par écrit. Un décret détermine les indications figurent obligatoirement dans les statuts.

« Art. L. 4041-5. – Les statuts de la société interprofessionnelle ambulatoire précisent, le cas échéant, le champ des activités professionnelles qui sont exercées par la société.

« Les activités mentionnées au précédent alinéa sont précisées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4041-3. – Peuvent seules être associées d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession de santé et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent.

« Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions de santé.

« Art. L. 4041-4. – Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical.

« Le tribunal peut, à la demande de tout intéressé, prononcer la dissolution de la société si cette condition n'est pas remplie.

« Il peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. Il ne peut prononcer la dissolution si, le jour où il statue sur le fond, cette régularisation a eu lieu.

« Art. L. 4041-5. – Les ...
... décret en Conseil d'État détermine les mentions figurant obligatoirement dans les statuts.

« Art. L. 4041-6. – Les associés peuvent exercer hors de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts.

Textes en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

« Aucune activité industrielle ou commerciale ne peut être exercée dans le cadre d'une société interprofessionnelle ambulatoire.

« Les professionnels de santé peuvent exercer hors de la société interprofessionnelle ambulatoire toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts.

« Les statuts peuvent toutefois autoriser un associé à exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun. Dans ce cas, les statuts déterminent les conditions dans lesquelles cette activité peut être exercée.

« Art. L. 4041-6. – L'immatriculation de la société interprofessionnelle ambulatoire intervient après l'enregistrement de ses statuts à l'agence régionale de santé.

« Les modifications substantielles apportées aux statuts sont, à peine de nullité, enregistrées auprès de l'agence régionale de santé dans des conditions déterminées par décret.

« CHAPITRE II
« **Fonctionnement de la société**

« Art. L. 4042-1. – Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun conformément à l'article L. 4041-2, constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Par exception, lorsque cette activité est réalisée à titre personnel conformément aux dispositions au quatrième alinéa de l'article L. 4041-5, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société.

« Les statuts déterminent les modalités de répartition des bénéfices et de répartition des charges. En l'absence de clause statutaire, chaque associé a droit à la même part dans les bénéfices.

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

« Les statuts *déterminent les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun.*

« Art. L. 4041-7. – *Les statuts de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires ainsi que les avenants à ces statuts sont transmis, un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels aux tableaux desquels sont inscrits les associés.*

« *Les conditions dans lesquelles les agences régionales de santé reçoivent communication des statuts de la société et de leurs modifications sont prévues par décret en Conseil d'État.*

Division
et intitulé sans modification

« Art. L. 4042-1. – Les ...

... commun constituent ...

... celle-ci.

« Par exception, lorsque *ces activités sont exercées à titre personnel par un associé*, les rémunérations...

... société.

Alinéa supprimé

Textes en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

« 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. 4042-3. – Un associé peut se retirer d'une société interprofessionnelle ambulatoire, soit qu'il cède ses parts sociales, soit que la société lui rembourse la valeur de ses parts.

« CHAPITRE III
« Dispositions diverses

« Art. L. 4043-1. – Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du code de la santé publique.

« Les professionnels de santé associés au sein d'une société interprofessionnelle ambulatoire ne sont pas réputés pratiquer le compérage du seul fait de leur appartenance à cette société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts de ladite société.

« Art. L. 4043-2. – Sauf dispositions contraires des statuts, la société interprofessionnelle ambulatoire 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. Les parts d'un associé décédé sont également rachetées aux

« Art. L. 4042-2. – Non modifié

« Art. L. 4042-3. – Non modifié

Division
et intitulé sans modification

« Art. L. 4043-1. – Les ...

... sens du *présent* code.

Alinéa supprimé

« Art. L. 4043-2. – Alinéa sans
modification

« L'associé ...

... statuts.

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p style="text-align: center;">SIXIÈME PARTIE Établissements et services de santé LIVRE III Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires, télémédecine et autres services de santé TITRE II Autres services de santé CHAPITRE III <i>BIS</i> Maisons de santé</p>	<p><u>ayants droits dans un délai de six mois.</u> « L'associé frappé d'une interdiction, les héritiers ou ayants droit d'un associé décédé ne peuvent exercer aucun droit dans la société interprofessionnelle ambulatoire. Toutefois, et à moins qu'ils n'en soient déchus, ils conservent vocation à la répartition des bénéfices, dans les conditions prévues par les statuts. »</p>	<p style="text-align: center;"><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Art. L. 6323-3. – Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.</p> <p>Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.</p> <p>Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé.</p>	<p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>I. – L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 6323-3.</i> – La qualité de maison de santé peut être reconnue à toute structure constituée entre des professionnels de santé exerçant une activité de soin à la condition qu'elle soit dotée de la personnalité juridique, qu'elle n'assure pas d'hébergement et qu'elle ait élaboré un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. 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 texte du projet. Il doit avoir été transmis pour information le projet de santé à l'agence régionale de santé. »</p> <p>II. – Le chapitre III <i>bis</i> du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6323-3-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 6323-3-1.</i> – Les maisons de santé peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. »</p>	<p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 6323-3.</i> – La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.</p> <p>« Elle assure des activités de soins sans hébergement et peut participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre du projet de santé qu'elle élabore et de conditions techniques de fonctionnement déterminées par décret en Conseil d'État.</p> <p>« Le projet de santé est conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis à l'agence régionale de santé. »</p> <p>II. – <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur

Art. L. 1110-4. – Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

.....

Texte de la proposition de loi

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

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

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

Texte de la Commission

III. – *Supprimé*

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Art. L. 1434-8. – Le schéma régional d’organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l’offre de soins médicaux est particulièrement élevé.</p> <p>À l’échéance d’un délai de trois ans à compter de l’entrée en vigueur du schéma régional d’organisation des soins, le directeur général de l’agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l’exercice des soins de premier recours mentionnés à l’article L. 1434-7. Cette évaluation comporte un bilan de l’application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l’assurance maladie.</p> <p>Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l’offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l’agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l’autonomie, de l’union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d’adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s’engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l’article L. 1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.</p> <p>Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu’il comporte pour eux, s’acquittent d’une contribution for-</p>	<p>Article 3</p> <p>L’article L. 1434-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l’Union nationale des caisses d’assurance maladie et par au moins une organisation représentative des médecins. » ;</p> <p>2° Le quatrième alinéa est supprimé.</p>	<p>Article 3</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur —	Texte de la proposition de loi —	Texte de la Commission —
<p>faitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 6315-1. – La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret.</p> <p>.....</p>	<p>Article 4</p> <p>La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique est supprimée.</p>	<p>Article 3 bis (nouveau)</p> <p>Après l'article L. 6112-3-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6112-3-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art L. 6112-3-2. – Pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du présent code et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé par l'établissement.</p> <p>« Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe les conditions de l'indemnisation forfaitaire. »</p> <p>Article 4</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 162-12-18. – Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions et à l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats si-</p>	<p>Article 5</p> <p>Les articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale sont rétablis dans leur rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010.</p>	<p>Article 5</p> <p>Les articles L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale sont ainsi rétablis :</p> <p>« Art. L. 162-12-18. – Des contrats de bonne pratique sont définis à l'échelon national par les parties aux conventions et à l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2.</p>

Textes en vigueur

gnataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en œuvre mentionnés dans la convention nationale ou dans l'accord national.

Le complément de rémunération ou la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1 peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats.

Ce contrat précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixe les engagements pris par ces derniers.

Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs :

– à l'évaluation de la pratique du professionnel ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 ;

– aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire, de ses pratiques de prescription ;

– s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques ;

Le contrat peut en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :

– le niveau de l'activité du pro-

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

« Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1.

« Ces contrats peuvent prévoir que le complément de rémunération ou la majoration de la participation prévue à l'article L. 162-14-1 sont modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin.

« Ils précisent les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels concernés et fixent les engagements pris par ces derniers.

« Ils comportent nécessairement des engagements relatifs :

« – à l'évaluation de la pratique du professionnel ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références prévues à l'article L. 162-12-15 ;

« – aux modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et, s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire, de ses pratiques de prescription ;

« – s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques.

« Ils peuvent en outre comporter d'autres engagements, portant notamment sur :

« – le niveau de l'activité du pro-

Textes en vigueur

professionnel ;

– sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;

– le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.

Le contrat peut comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans les zones mentionnées au deuxième alinéa du II de l'article L. 221-1-1 et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Les contrats prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel ou du centre de santé, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.

Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou du centre de santé qu'après avoir reçu l'avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Les contrats régionaux sont approuvés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. À l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'État dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

professionnel ;

« – sa participation aux programmes d'information destinés aux assurés et mis en place par les caisses d'assurance maladie ;

« – le cas échéant, sa collaboration aux différents services mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des assurés.

« Ils peuvent comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans les zones mentionnées à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique où les besoins ne sont pas satisfaits.

« Ils prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel ou du centre de santé, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou du centre de santé qu'après avoir reçu l'avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Les contrats sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par les conventions ou l'accord national susmentionnés, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

Textes en vigueur

notifiée aux parties signataires.

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'État dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

Art. L. 162-12-19. – En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, en l'absence d'accord national pour les centres de santé ou en l'absence d'accords de bon usage des soins, de contrats de bonne pratique ou de contrats de santé publique, et après consultation de la Haute Autorité de santé, si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, et des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17, L. 162-12-18 et L. 162-12-20 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents.

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

« Art. L. 162-12-19. – Des contrats de santé publique sont définis à l'échelon national par les parties à la ou les conventions et l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2.

« Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui peuvent ouvrir droit à une rémunération forfaitaire.

« Ces contrats fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

« Ils comportent nécessairement des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

« 1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins ;

« 2° Soit à des actions de prévention.

« Ils prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel ou du centre de santé, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.

« Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou des cen-

Textes en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

Art. L. 162-12-20. – Des contrats de santé publique sont définis, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions et l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1, et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales et de l'accord national. Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui peuvent ouvrir droit à une rémunération forfaitaire. Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en œuvre mentionnés dans la convention nationale.

Ces contrats fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2,

tres de santé qu'après avoir reçu l'avis favorable de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par la Haute Autorité. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Les contrats sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par les conventions et l'accord national susmentionnés, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

« Art. L. 162-12-20. – En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, en l'absence d'accord national pour les centres de santé ou en l'absence d'accords de bon usage des soins, de contrats de bonne pratique ou de contrats de santé publique, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17, L. 162-12-18 et L. 162-12-19 peuvent être fixés par arrêté pris sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents.

« Les syndicats représentatifs des professions concernées sont préalablement consultés, ainsi que la Haute Autorité de santé si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques. »

Textes en vigueur

L. 162-12-9 et L. 162-14 ou par l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ;

2° Soit à des actions de prévention.

Si les contrats comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être proposés à l'adhésion des professionnels de santé ou des centres de santé qu'après avoir reçu l'avis favorable de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Ces contrats sont approuvés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale, le ministre chargé de la santé ou, pour les contrats régionaux, le représentant de l'État dans la région peuvent en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'État dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 1111-3. – Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l’occasion d’activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d’exercice libéral doivent, avant l’exécution d’un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d’assurance maladie. Lorsque l’acte ou la prestation inclut la fourniture d’un dispositif médical visé à l’article L. 5211-1, l’information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d’achat de chaque élément de l’appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l’article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 6323-1. – Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d’éducation pour la santé, d’éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l’article L. 322-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>Le premier alinéa de l’article L. 1111-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>« Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l’occasion d’activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d’exercice libéral 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 visé à l’article R. 5211-6 et que le professionnel figure sur une liste prévue par décret, l’information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le coût de ce dispositif médical et des prestations associées, le tarif de responsabilité correspondant, et le cas échéant, le montant des dépassements facturés conformément au dispositif mentionné à l’alinéa suivant. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l’article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines. Les conditions d’application du présent alinéa sont déterminées par décret. »</p>	<p style="text-align: center;">Article 6</p> <p style="text-align: center;">Supprimé</p>

Textes en vigueur —	Texte de la proposition de loi —	Texte de la Commission —
<p>Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.</p> <p>.....</p> <p>Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire.</p>	<p>Article 7</p> <p>Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Ce décret prévoit les conditions selon lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé peut procéder à la suspension ou à la fermeture d'un centre de santé. »</p>	<p>Article 7</p> <p><i>L'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :</i></p> <p><i>1° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée ;</i></p> <p><i>2° (nouveau) Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</i></p> <p><i>« Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut :</i></p> <p><i>« – enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;</i></p> <p><i>« – en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;</i></p> <p><i>« – maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet. »</i></p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 162-45. – Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision déter-</p>	<p>Article 8</p> <p>À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les agences régionales de santé » sont remplacés par les mots : « ou les agences régionales de santé ».</p>	<p>Article 8</p> <p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>mine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.</p> <p>.....</p>		
<p>Code de la santé publique</p>		
<p>Art. L. 6141-7-3. – Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche mentionnées à l'article L. 6112-1.</p>	<p>Article 9</p> <p>L'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les statuts des fondations hospitalières sont approuvés par décret. » ;</p>	<p>Article 9</p> <p>Supprimé</p>
<p>Ces fondations disposent de l'autonomie financière.</p>		
<p>Les règles applicables aux fondations d'utilité publique, prévues notamment par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des dispositions du présent article.</p>	<p>2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :</p>	
<p>Un décret en Conseil d'État détermine les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières. Il précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.</p>	<p>« Les fondateurs de la fondation hospitalière ont la majorité des sièges au conseil d'administration de la fondation et le directeur général de l'agence régionale de santé exerce un contrôle sur les fonds affectés à la fondation par le ou les établissements publics de santé. Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. Il fixe les règles générales de création et de fonctionnement des fondations hospitalières en tenant compte de leur spécificité, ainsi que les modalités du contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé sur ces fondations et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation. »</p>	
<p>Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveil-</p>		

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
lance de l'établissement public de santé.		
<p>TROISIÈME PARTIE Lutte contre les maladies et dépendances LIVRE I^{er} Lutte contre les maladies transmissibles TITRE III Menaces sanitaires graves CHAPITRE I^{er} Mesures d'urgence</p>	Article 10	Article 10
Art. L. 3131-2. – Le bien-fondé des mesures prises en application de l'article L. 3131-1 fait l'objet d'un examen périodique par le Haut Conseil de la santé publique selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Il est mis fin sans délai à ces mesures dès lors qu'elles ne sont plus nécessaires.	<p>Le titre III du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>I. – Le chapitre I^{er} est ainsi modifié :</p> <p>1° À la première phrase de l'article L. 3131-2, les mots : « selon les modalités définies par décret en Conseil d'État » sont supprimés ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>I. – Non modifié</p>

Article 9 bis (nouveau)

I. – Après l'article L. 4113-6 du même code, il est inséré un article L. 4113-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4113-6-1. – Au terme de chaque année civile, les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 4113-6-1 sont tenues de déclarer tous les avantages directs ou indirects et les revenus dont ont bénéficié de leur part, pendant l'année écoulée, des membres des professions médicales, ainsi que les conventions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 4113-6 qui ont été conclues ou appliquées au cours de la même période.

« Ces informations sont mises à la disposition du public par les conseils nationaux des ordres concernés.

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

II. – Les dispositions de l'article L. 4113-6-1 du code de la santé publique entrent en vigueur un an après la publication du décret en Conseil d'État mentionné à son dernier alinéa, et au plus tard le 31 décembre 2012.

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Art. L. 3131-5. – Un fonds finance les actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d’alerte épidémique, notamment celles prescrites à l’article L. 3131-1 ainsi que les compensations financières auxquelles elles peuvent donner lieu à l’exclusion de celles prévues par d’autres dispositions législatives et réglementaires. Il finance également la réparation instituée par l’article L. 3131-4. Les conditions de constitution du fonds sont fixées par la loi de finances ou la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>2° À la première phrase de l’article L. 3131-5, les mots : « ou d’alerte épidémique » sont supprimés ;</p>	
<p>Art. L. 3131-6. – Le plan mentionné à l’article L. 1411-11 comporte obligatoirement un plan d’action relatif à l’alerte et à la gestion des situations d’urgence sanitaire.</p>	<p>3° L’article L. 3131-6 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 3131-10. – En cas de catastrophe sanitaire, notamment liée à une épidémie de grande ampleur, les professionnels de santé qui sont amenés à exercer leur activité auprès des patients ou des personnes exposées au risque, dans des conditions d’exercice exceptionnelles décidées par le ministre chargé de la santé dans le cadre des mesures prévues à l’article L. 3131-1, bénéficient des dispositions de l’article L. 3133-6.</p>	<p>4° À l’article L. 3131-10, les mots : « En cas de catastrophe sanitaire, notamment liée à une épidémie de grande ampleur, » sont supprimés, et les mots : « au risque » sont remplacés par les mots : « à une catastrophe, une urgence ou une menace sanitaire grave » ;</p>	
<p>Art. L. 3131-11. – Sauf disposition contraire, les modalités d’application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d’État, notamment :</p>	<p>5° Le <i>a</i> de l’article L. 3131-11 est ainsi rédigé :</p>	
<p><i>a)</i> Les conditions de mobilisation successive des moyens au niveau du département, de la zone de défense ou au niveau national selon la nature de la situation sanitaire ou l’ampleur de l’afflux de patients ou de victimes ;</p>	<p>« <i>a)</i> Le contenu du plan zonal de mobilisation des moyens pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ; »</p>	
<p><i>b)</i> La procédure d’élaboration des plans blancs du département et de la zone de défense ;</p>	<p>6° Au <i>b</i> de l’article L. 3131-11, les mots : « de la zone de défense » sont remplacés par les mots : « du plan zonal de mobilisation ».</p>	
<p><i>c)</i> Le rôle et le mode de désignation des établissements de référence mentionnés à l’article L. 3131-9.</p>		

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;">Constitution et organisation du corps de réserve sanitaire</p> <p>Art. L. 3132-1. – En vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national, il est institué un corps de réserve sanitaire ayant pour objet de compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile. Ce corps de réserve est constitué de professionnels et anciens professionnels de santé et d'autres personnes répondant à des conditions d'activité, d'expérience professionnelle ou de niveau de formation fixées, en tant que de besoin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile.</p> <p>La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort.</p> <p>Les réservistes souscrivent auprès de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 3135-2 un contrat d'engagement à servir dans la réserve sanitaire d'intervention ou de renfort.</p> <p>Le contrat d'engagement à servir dans la réserve d'intervention peut prévoir l'accomplissement de missions internationales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile détermine, en tant que de besoin, les modalités de sélection des personnes pouvant effectuer de telles missions.</p> <p>Art. L. 3132-3. – Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État, et notamment :</p> <p>1° Les catégories de personnes pouvant entrer dans la réserve d'intervention et la réserve de renfort mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3132-1 ;</p>	<p>II. – Le chapitre II est ainsi modifié :</p> <p>1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Constitution et organisation de la réserve sanitaire » ;</p> <p>2° L'article L. 3132-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « un corps de » sont remplacés par les mots : « une », et après les mots : « collectivités territoriales », sont insérés les mots : « , des agences régionales de santé, des établissements de santé » ;</p> <p>b) La seconde phrase du même alinéa est supprimée ;</p> <p>c) Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;</p> <p>d) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « d'intervention » sont remplacés par les mots : « sanitaire » ;</p> <p>3° L'article L. 3132-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le 1° est ainsi rédigé : « 1° Les catégories de personnes pouvant entrer dans la réserve sanitaire mentionnée à l'article L. 3132-1 » ;</p>	<p>II. – Non modifié</p>

Textes en vigueur —	Texte de la proposition de loi —	Texte de la Commission —
<p>2° Le délai maximum entre la date de cessation d'activité des anciens professionnels de santé et la date de début d'activité dans la réserve ;</p>		
<p>3° Les conditions de vérification de l'aptitude médicale des réservistes ;</p>		
<p>4° En tant que de besoin, les conditions de formation ou de perfectionnement auxquelles sont subordonnés l'entrée et le maintien dans la réserve d'intervention et de renfort, et notamment pour l'accomplissement de missions internationales ;</p>	<p>b) Au 4°, les mots : « d'intervention et de renfort » sont remplacés par les mots : « sanitaire » ;</p>	
<p>5° La durée et les clauses obligatoires du contrat d'engagement ;</p>		
<p>6° La durée maximale annuelle des missions accomplies au titre de la réserve.</p>	<p>c) Au 5°, après les mots : « d'engagement », sont ajoutés les mots : « à servir dans la réserve ».</p>	
<p style="text-align: center;">CHAPITRE III Dispositions applicables aux réservistes sanitaires</p>		
<p>Art. L. 3133-1. – Lorsqu'ils accomplissent les périodes d'emploi ou de formation pour lesquelles ils ont été appelés, les réservistes salariés ou agents publics, à l'exception de ceux qui sont régis par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sont mis à la disposition de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 3135-2 par leur employeur. Ils ont droit au maintien de leur rémunération.</p>		
<p>.....</p> <p>Les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve des personnes exerçant habituellement leur activité à titre libéral sont rémunérées.</p>		
<p>Les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve des personnes retraitées sont indemnisées.</p>		

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Les étudiants réservistes non rémunérés pour l'accomplissement de leurs études et les personnes réservistes sans emploi sont rémunérés pour les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve pour lesquelles ils ont été appelés. Ils bénéficient en matière de protection sociale des dispositions applicables aux agents non titulaires de l'État.</p> <p>Les rémunérations et indemnités prévues par les trois précédents alinéas sont versées par l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1.</p> <p>En cas de sujétions particulières effectuées dans le cadre de la réserve sanitaire, une indemnisation est versée par l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1.</p> <p>Art. L. 3133-7. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État et notamment :</p> <p>1° Les modalités du remboursement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 3133-1 ;</p> <p>.....</p> <p>5° Les modalités d'indemnisation des sujétions particulières mentionnées dans le dernier alinéa du même article ;</p> <p>.....</p>	<p>III. – Le chapitre III est ainsi modifié :</p> <p>1° Les deux derniers alinéas de l'article L. 3133-1 sont supprimés ;</p> <p>.....</p> <p>2° Le 5° de l'article L. 3133-7 est abrogé.</p> <p>.....</p>	<p>III. – Non modifié</p> <p>.....</p>
<p style="text-align: center;">CHAPITRE IV</p> <p style="text-align: center;">Règles d'emploi de la réserve</p> <p>Art. L. 3134-1. – En cas de survenue d'une situation de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves à laquelle le système sanitaire et les services et personnes chargés d'une mission de sécurité civile ne peuvent faire face sur le territoire national ou lorsqu'un événement grave justifie l'envoi de moyens sanitaires hors du territoire national, les ministres chargés de la santé et de la sécurité civile peuvent conjointement faire appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé.</p> <p>L'arrêté détermine le nombre de réservistes mobilisés, la durée de leur mobilisation ainsi que le département ou la zone de défense dans lequel ils sont</p>	<p>IV. – Le chapitre IV est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 3134-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3134-1. – Il est fait appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile.</p> <p>« L'arrêté détermine la durée de mobilisation des réservistes ainsi que le département ou la zone de défense dans lequel ils sont affectés, ou l'autorité auprès de laquelle ils sont affectés dans le cas de missions internationales. » ;</p>	<p>IV. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 3134-1. – Il motivé <i>du ministre chargé de la santé.</i></p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>affectés, ou l'autorité auprès de laquelle ils sont affectés dans le cas de missions internationales.</p> <p>Art. L. 3134-2. – Le représentant de l'État dans le département affecte les réservistes, par arrêté, dans un service de l'État ou auprès de personnes morales dont le concours est nécessaire à la lutte contre la menace ou la catastrophe sanitaire considérée. Les réservistes peuvent également être affectés au remplacement des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou auprès de ces professionnels pour leur apporter leur concours. Cette compétence d'affectation des réservistes peut être exercée, dans les mêmes conditions, par le représentant de l'État dans la zone de défense si la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes le justifient.</p> <p>Dans le cadre du contrat d'engagement qu'ils ont souscrit, les réservistes rejoignent leur affectation aux lieux et dans les conditions qui leur sont assignés.</p> <p>Sont dégagés de cette obligation les réservistes sanitaires qui sont par ailleurs mobilisés au titre de la réserve opérationnelle ainsi que les médecins, pharmaciens ou infirmiers de sapeurs-pompier volontaires du service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours.</p>	<p>2° L'article L. 3134-2 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3134-2. – Le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente procède à l'affectation des réservistes auprès des services de l'État ou auprès des personnes morales dont le concours est nécessaire à la lutte contre la menace ou la catastrophe considérée, notamment pour faire face aux situations d'urgence affectant le système sanitaire.</p> <p>« Dans le cas d'un événement sanitaire mentionné au premier alinéa de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, procède par arrêté à l'affectation des réservistes selon les modalités définies au premier alinéa. Cette affectation des réservistes peut être exercée, dans les mêmes conditions par le représentant de l'État dans la zone de défense si la situation sanitaire ou l'afflux de patients ou de victimes le justifient. » ;</p>	<p>2 Non modifié</p>
	<p>3° Après l'article L. 3134-2, il est inséré un article ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. – Lorsque les ressources de la réserve sanitaire ne sont pas adaptées ou suffisantes pour constituer des équipes de professionnels de santé permettant de répondre à des situations de tension dans le système sanitaire ou aux sollicitations des ministères chargés de la crise au titre des articles L. 1142 et suivants du code de la défense, l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 peut, à la demande du ministre chargé de la santé, passer avec un ou plusieurs établissements de</p>	<p>3° Après article L. 3134-2-1 ainsi rédigé : « Art. L. 3134-2-1. – Lorsque répondre aux sollicitations ...</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE V</p> <p style="text-align: center;">Gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves</p> <p>Art. L. 3135-1. – La gestion administrative et financière de la réserve sanitaire est assurée par un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Les modalités de mise en œuvre et d'emploi de la réserve au plan territorial, sous l'autorité des représentants de l'État compétents, font l'objet d'un décret en Conseil d'État.</p> <p>.....</p>	<p>santé des conventions de mise à disposition des professionnels de santé nécessaires.</p> <p>« Ces professionnels de santé mis à disposition bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6. »</p> <p>V. – Le chapitre V est ainsi modifié :</p> <p>Au premier alinéa de l'article L. 3135-1, les mots : « Les modalités de mise en œuvre et d'emploi de la réserve au plan territorial, sous l'autorité des représentants de l'État compétents, font l'objet d'un décret en Conseil d'État » sont supprimés.</p>	<p style="text-align: right;">... néces-</p> <p>saires.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>V. – Non modifié</p>
<p style="text-align: center;">TITRE I^{er}</p> <p style="text-align: center;">Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE V</p> <p style="text-align: center;">Lutte contre la propagation internationale des maladies</p> <p>Art. L. 3116-5. – Le fait, pour un fonctionnaire ou agent public, un commandant ou officier d'un navire ou d'un aéronef, un médecin, dans un document ou une déclaration, d'altérer, de dissimuler, ou de négliger de faire connaître à l'autorité sanitaire, des faits qu'il est dans l'obligation de révéler en application des textes mentionnés à l'article L. 3115-1, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 3 750 euros</p>	<p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>Le titre I^{er} du livre 1^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le chapitre V est complété par un article ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. – Les frais résultant de l'application des mesures sanitaires prescrites pour un moyen de transport en application de l'article L. 3115-1 sont à la charge de l'exploitant du moyen de transport concerné, et notamment les frais d'immobilisation. Si le moyen de transport est un navire, l'ensemble des frais est à la charge de l'armateur, du propriétaire ou de l'exploitant. » ;</p> <p>2° À l'article L. 3116-5 du code de la santé publique, les mots : « des textes mentionnés à l'article L. 3115-1 » sont remplacés par les mots : « du rè-</p>	<p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Le chapitre V est complété par un article L. 3115-5 ainsi rédigé : « Art. L. 3115-5. – Les ...</p> <p>... l'exploitant. » ;</p> <p>2° À ...</p> <p style="text-align: right;">... mots : « du deu-</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>d'amende.</p> <p>Art. L. 1111-8. – Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.</p> <p>.....</p>	<p>glement sanitaire international mentionné à l'article L. 3115-1 ».</p> <p>Article 12</p> <p>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.</p>	<p><i>xième alinéa de l'article L. 3115-2 et du b du 1° de l'article L. 3115-3 ».</i></p> <p>Article 12</p> <p>Supprimé</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 174-15-2. – Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.</p>	<p>Article 13</p> <p>L'article L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Les dépenses d'hospitalisation des activités de soins de l'Institution nationale des invalides prises en compte dans l'objectif mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. Cette dotation est versée pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Les sommes versées à l'Institution nationale des invalides sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon les modalités définies au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.</p> <p>« Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables à l'Institution nationale des invalides. »</p>	<p>Article 13</p> <p>Supprimé</p>
<p>Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 6133-7. – Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obliga-</p>		<p><i>Article 14 A (nouveau)</i></p> <p><i>Les articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique sont abrogés.</i></p>

Textes en vigueur

tions afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes :

1° Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article ;

2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :

a) Cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur le territoire desquels les établissements membres sont implantés ; par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

b) Cinq représentants du personnel médical et non médical du groupement de coopération sanitaire érigé en établissement public de santé, dont trois désignés

c) Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'État dans le département.

Art. L. 61338 – Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.

Toutefois, lorsque l'activité exercée relève du 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale,

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

Textes en vigueur

l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) n'est pas applicable au financement du groupement, à l'exception du I, hormis le quatrième alinéa, et du II de cet article.

Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au *d* du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au *d* du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.

Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au *d* du même article L. 162-22-6, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 312-7. – Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en

Texte de la proposition de loi

Texte de la Commission

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent :</p> <p>.....</p> <p>3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>.....</p> <p>IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.</p> <p>1. La première sous-section, consacrée aux personnes âgées, retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;</p>	<p>Article 14</p> <p>Après le sixième alinéa du 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social »</p>	<p>Article 14</p> <p>Sans modification</p>
<p>.....</p> <p>Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>.....</p> <p>IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.</p> <p>1. La première sous-section, consacrée aux personnes âgées, retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;</p>	<p>Article 15</p> <p>La section IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée :</p> <p>« IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :</p> <p>« 1° En ressources une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;</p>	<p>Article 15</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur

b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1.

2. La deuxième sous-section, consacrée aux personnes handicapées, retrace :

a) En ressources, une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article ; cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1.

Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'État qui recueille, le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Art. L. 313-1-1. – I. – Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension

Texte de la proposition de loi

« 2° En charges le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépense de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.

« La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut subdéléguer, dans les cas et conditions fixées par décret, l'exécution de ces dépenses aux agences régionales de santé qui ont qualité d'ordonnateurs secondaires et qui rendent compte annuellement de la conformité de ces dépenses aux objectifs assignés à la présente section. »

Texte de la Commission

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.	<p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>L'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>I. – Il est ajouté un avant-dernier alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« III. – Les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge au sens du I de l'article L. 312-1 sont exonérées de la procédure d'appel à projet. »</p>	<p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>II. – Les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.</p>	<p>II. – Le premier alinéa du II est complété par les mots : « au sens du III. »</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p style="text-align: center;">Code de la santé publique</p>		
<p>Art. L. 1434-7. – Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.</p>		<p style="text-align: center;">Article 17 (<i>nouveau</i>)</p> <p><i>Le premier alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :</i></p> <p><i>« Il favorise le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation et organise le développement des activités de dialyse à domicile. »</i></p>