

N° 294

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 février 2011

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi de M. Jean-Pierre FOURCADE 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 M. Alain MILON,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguette Dini, *présidente* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mmes Annie David, Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Milon, *vice-présidents* ; MM. Nicolas About, François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; M. Alain Vasselle, *rapporteur général* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Campion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Roselle Cros, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Gérard Dériot, Mme Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Mme Valérie Létard, MM. Jean-Louis Lorrain, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, André Villiers.

Voir le(s) numéro(s) :

Sénat : 65 rectifié et 295 (2010-2011)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. CLARIFIER L'ORGANISATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS	7
A. FACILITER L'EXERCICE EN COMMUN PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	7
1. <i>La création de la société interprofessionnelle ambulatoire</i>	7
2. <i>L'amélioration du statut des maisons de santé</i>	8
B. MIEUX ASSOCIER LES MÉDECINS POUR S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ DES SOINS	9
1. <i>Lever certaines contraintes pesant sur les médecins</i>	9
a) <i>Supprimer le volet coercitif du contrat santé-solidarité</i>	9
b) <i>Supprimer l'obligation de déclaration d'absence programmée</i>	9
2. <i>Rétablir les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique</i>	9
C. RECADRER LE DROIT À L'INFORMATION DES PATIENTS	10
1. <i>Sur le prix d'achat des appareillages qui leur seront implantés</i>	10
2. <i>Pour autoriser l'hébergement de leurs données médicales personnelles</i>	10
II. AFFINER LES RÈGLES APPLICABLES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	12
A. SÉCURISER LE STATUT DES GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SOCIALE OU MÉDICO-SOCIALE	12
B. ADAPTER LE PROCESSUS DE FINANCEMENT DES PROJETS FINANCÉS PAR LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	12
C. PRÉCISER LA PROCÉDURE DE TRANSFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX OU MÉDICO-SOCIAUX	13
III. AMÉNAGER DIVERSES MESURES	14
A. ACCROÎTRE LES COMPÉTENCES DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ	14
1. <i>Pour suspendre ou fermer un centre de santé</i>	14
2. <i>Pour contrôler les fonds affectés aux fondations hospitalières</i>	15
3. <i>Pour fixer la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides</i>	15
4. <i>Pour clarifier le financement des réseaux de santé par l'assurance maladie</i>	16
B. PARFAIRE LE DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES MENACES SANITAIRES	16
1. <i>Le cadre d'emploi de la réserve sanitaire</i>	16
2. <i>La lutte contre la propagation internationale des maladies</i>	17

EXAMEN DES ARTICLES	19
• <i>Article 1^{er} (art. L. 4041-1 à L. 4043-2 [nouveaux] du code de la santé publique)</i>	
Société interprofessionnelle ambulatoire	19
• <i>Article 2 (art. L. 6323-3, L. 6323-3-1 (nouveau) et L. 1110-4 du code de la santé publique) Maisons de santé. Respect du secret médical dans les structures de soins ambulatoires</i>	30
• <i>Article 3 (art. L. 1434-8 du code de la santé publique) Contrat santé solidarité</i>	33
• <i>Article 3 bis (nouveau) (art. L. 6112-3-1 [nouveau] du code de la santé publique)</i>	
Modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé	35
• <i>Article 4 (art. L. 6315-1 du code de la santé publique) Suppression de l'obligation, pour les médecins, de déclarer leurs absences programmées</i>	36
• <i>Article 5 (art. L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale)</i>	
Rétablissement des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique	37
• <i>Article 6 (art. L. 1111-3 du code de la santé publique) Suppression de l'obligation d'information sur le prix d'achat des prothèses dentaires</i>	40
• <i>Article 7 (art. L. 6323-1 du code de la santé publique) Suspension ou fermeture des centres de santé par le directeur général de l'ARS</i>	42
• <i>Article 8 (art. L. 162-45 du code de la sécurité sociale) Pouvoir de décision des ARS en matière de prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie de dépenses des réseaux de santé</i>	44
• <i>Article 9 (art. L. 6141-7-3 du code de la santé publique) Fondations hospitalières</i>	46
• <i>Article 9 bis (art. L. 4113-6-1 [nouveau] du code de la santé publique) Publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins</i>	48
• <i>Article 10 (art. L. 3131-2, L. 3131-5, L. 3131-6, L. 3131-10, L. 3131-11, L. 3132-1, L. 3132-3, L. 3133-1, L. 3133-7, L. 3134-1, L. 3134-2, L. 3134-6, L. 3135-1 du code de la santé publique) Réforme de la réserve sanitaire</i>	50
• <i>Article 11 (art. L. 3116-5 du code de la santé publique) Lutte contre la propagation internationale des maladies</i>	54
• <i>Article 12 Dispense du consentement exprès des personnes concernées à l'hébergement des données de santé déjà collectées par les établissements de santé</i>	55
• <i>Article 13 (art. L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale) Fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides</i>	59
• <i>Article 14 A (nouveau) (art. L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique)</i>	
Abrogation des dispositions du code de la santé publique relatives au groupement de coopération sanitaire-établissement	60
• <i>Article 14 (art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles) Groupement de coopération sociale ou médico-sociale</i>	62
• <i>Article 15 (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	66
• <i>Article 16 (art. L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles) Procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux</i>	71
• <i>Article 17 (nouveau) (art. L. 1434-7 du code de la santé publique) Développement des alternatives à l'hospitalisation et des dialyses à domicile</i>	74
TRAVAUX DE LA COMMISSION	77
TABLEAU COMPARATIF	101

Mesdames, Messieurs,

Adoptée voici bientôt deux ans, la loi HPST¹ a constitué la plus ample réforme de l'organisation de la prise en charge de la santé jamais mise en œuvre. Elle se proposait en effet tout à la fois de rénover la gouvernance hospitalière, de promouvoir une meilleure accessibilité des soins sur le terrain, d'améliorer la santé publique, de renouveler l'organisation territoriale du système de santé et d'y inclure la prise en compte du secteur médico-social.

Face à la diversité et la complexité de ces objectifs, il n'est guère surprenant qu'à la lumière de l'expérience de ses premiers mois d'application progressive, il soit aujourd'hui nécessaire d'apporter au dispositif quelques aménagements susceptibles d'en améliorer l'efficacité.

On peut même estimer qu'il est de bonne pratique parlementaire que de suivre la mise en œuvre effective d'un texte pour s'assurer de sa pertinence. La loi elle-même s'en était d'ailleurs préoccupée en instituant, par son article 35, un comité chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des établissements de santé, à qui elle confiait l'établissement d'un rapport à remettre au Parlement dans les deux ans suivant sa publication, soit au plus tard le 21 juillet 2011.

La présidence de ce comité a été confiée au sénateur Jean-Pierre Fourcade, auteur de la proposition de loi ici examinée.

Pour autant, ce texte ne traite que très marginalement des ajustements qu'il sera éventuellement proposé d'apporter au titre 1^{er} de la loi HPST « Modernisation des établissements de santé » sur le fondement de ce futur rapport : seule la question des fondations hospitalières est ici abordée, dans l'objectif d'en simplifier les règles de création.

En revanche, il présente seize mesures d'aménagement ou d'amélioration de la loi, dont six se rapportent à l'organisation des soins de premier recours, trois aux structures relevant du secteur médico-social, les dernières concernant diverses mesures ponctuelles.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

I. CLARIFIER L'ORGANISATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Le concept initial de « soins de premier recours » repose sur l'idée, déjà ancienne puisqu'élaborée entre les deux guerres mondiales, de classer les soins en fonction de leur degré de difficulté technique. En 1978, cette conception a été avalisée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui a considéré qu'elle constituait le modèle le plus efficace pour la construction d'un système de santé. Mais c'est avec la loi HPST seulement que cette approche nouvelle a trouvé sa traduction légale en France : pour garantir à l'ensemble de la population, où qu'elle réside sur le territoire, le meilleur niveau de santé possible, il est désormais clairement posé que la politique publique ne doit plus se fonder uniquement sur la création de structures hospitalières mais s'appuyer aussi sur une organisation des professions médicales.

La loi a donc pris le parti de définir les soins de premier recours comme ceux facilement accessibles, géographiquement parlant, et de bonne qualité sanitaire. Plusieurs dispositions en découlent pour encourager le développement de l'offre de soins et sa répartition équilibrée sur le territoire.

A. FACILITER L'EXERCICE EN COMMUN PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

De nombreuses études, conduites notamment auprès des étudiants en médecine et des jeunes praticiens, portant sur l'évolution de la démographie médicale et les conditions d'une répartition territoriale harmonieuse des spécialités montrent que l'exercice en commun constitue une motivation et une incitation profondes à l'installation des professions médicales, notamment en zones sous-dotées.

Pour ces motifs, les deux premiers articles du texte proposent de favoriser l'exercice commun en améliorant le statut applicable à deux des types de structures juridiques possibles.

1. La création de la société interprofessionnelle ambulatoire

• **L'article 1^{er}** institue un cadre juridique nouveau, la société interprofessionnelle ambulatoire (SIA), qui autorise des professionnels de santé issus de spécialités différentes à exercer en commun.

Cette formule, inspirée dans ses principes des sociétés civiles de moyens, poursuit quatre objectifs qu'aucune structure existante ne permet d'atteindre simultanément à l'heure actuelle : rassembler des professions distinctes ; percevoir des financements publics, qu'ils émanent de l'Etat, de

l'assurance maladie ou des collectivités territoriales, et qui puissent être répartis entre les membres de la SIA ; facturer à l'assurance maladie certains des actes réalisés ; organiser un cadre fiscal et social sécurisé tout en ménageant une souplesse d'accès et une sortie facile du dispositif aux professionnels de santé qui en sont membres ou souhaitent le devenir.

- La commission ne peut qu'être sensible, au-delà même de l'intérêt immédiat de permettre la mise en œuvre effective de l'expérimentation des « nouveaux moyens de rémunération », à l'objectif de garantir aux patients un accès, aussi bien réparti que possible sur l'ensemble du territoire, aux soins de premier recours. Elle est donc évidemment favorable à toute mesure susceptible d'encourager l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones sous-denses. Pour ces motifs, elle s'est attachée à consolider le dispositif juridique ici proposé pour en garantir un fonctionnement efficace et valoriser sa capacité d'attractivité à l'égard des professionnels de santé.

2. L'amélioration du statut des maisons de santé

- **L'article 2** vise le cadre particulier des maisons de santé, dont on rappellera que leur création avait été largement préconisée par votre commission des affaires sociales, d'abord par le biais d'un rapport d'information¹, dont elle avait ensuite obtenu la traduction des principes dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008².

La proposition de loi vise à affiner encore le statut de ces maisons de santé, précédemment modifié par la loi HPST mais qui reste, semble-t-il, perfectible.

Les mesures ici envisagées tendent à doter ces maisons de la personnalité juridique, à préciser qu'elles n'ont pas pour objet d'assurer l'hébergement des malades et à les conduire à élaborer un projet de santé, ce qui leur permettrait notamment de participer à des actions de santé publique et à des actions sociales.

Enfin, et c'est là une disposition qui avait suscité de nombreux débats au sein de la commission par le passé, il est prévu de permettre, si le patient en est d'accord, l'accès de tous les professionnels en activité dans la structure aux informations médicales personnelles qui le concernent.

- La commission, pour les mêmes motifs que précédemment, partage bien évidemment l'objectif poursuivi et s'est attachée à parfaire le dispositif applicable pour en garantir l'efficacité. Elle maintient toutefois son attachement à la préservation du secret médical qui doit, en toutes circonstances, protéger les droits du patient sans faire obstacle à la qualité des soins qui lui sont dispensés.

¹ *Rapport Sénat n° 14 (2007-2008) de Jean-Marc Juillard, « Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? », établi au nom de la commission des affaires sociales.*

² *Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.*

B. MIEUX ASSOCIER LES MÉDECINS POUR S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ DES SOINS

1. Lever certaines contraintes pesant sur les médecins

Deux articles de la proposition de loi reviennent sur des mesures adoptées dans la loi HPST sur lesquelles votre commission avait d'ailleurs, en son temps, exprimé des réserves dont les faits ont confirmé le bien-fondé.

a) Supprimer le volet coercitif du contrat santé-solidarité

- Créé par la loi HPST, le contrat santé-solidarité a pour but de favoriser l'exercice médical dans les zones sous-dotées : trois ans après l'entrée en vigueur des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros), les ARS pourront proposer aux médecins exerçant en zone sur-dense d'apporter leur contribution à l'accessibilité des soins en zone sous-dotée en y assurant des consultations, plusieurs demi-journées par mois. Une pénalité financière serait imposable aux praticiens réfractaires, soit qu'ils refusent de s'engager dans cette démarche, soit qu'ils ne respectent pas les termes de leur engagement.

- La commission avait alors fait valoir l'inopportunité de cette pénalité mais en vain. Elle approuve donc l'**article 3** qui la supprime et qui renvoie la définition des termes d'un contrat-type à la négociation entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs.

b) Supprimer l'obligation de déclaration d'absence programmée

- Dans le cadre de l'organisation de la continuité des soins de ville, la loi HPST a astreint les médecins à déclarer leurs absences programmées, notamment leurs dates de vacances, au conseil départemental de l'ordre. Or, il s'avère que plusieurs conseils départementaux expérimentent, avec succès, un dispositif de suivi de la disponibilité des soins sur la base du volontariat qui atteint le même objectif.

- L'obligation de déclaration, inutilement coercitive, mal ressentie par les praticiens, et, qui plus est, d'une application techniquement difficile, est donc supprimée par l'**article 4**, ce qui satisfait la commission.

2. Rétablir les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique

- Ces contrats, qui permettaient aux négociateurs conventionnels de fixer des engagements spécifiques à certains professionnels dans le cadre de leur pratique, ainsi que les contreparties financières correspondantes, ont été supprimés par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination de la loi HPST. Cette suppression est d'autant plus singulière que ces contrats

avaient pour objectif de favoriser l'exercice médical dans les zones franches urbaines et dans les zones rurales, souvent sous-dotées.

• **L'article 5** en rétablit donc, à juste titre, l'existence dans le code de la sécurité sociale, ce que la commission soutient.

C. RECADRER LE DROIT À L'INFORMATION DES PATIENTS

1. Sur le prix d'achat des appareillages qui leur seront implantés

• A la demande expresse de la commission, la loi HPST avait inscrit dans le code de la santé publique l'obligation, pour le professionnel de santé, d'informer précisément son patient sur le prix d'achat de tout appareillage qui lui serait destiné. Cette mesure visait notamment, mais pas exclusivement, les prothèses dentaires afin que lui soit indiqué le détail des dépenses correspondant d'une part, aux produits et matériels, d'autre part, à la prestation de soins. L'objectif était aussi de pouvoir établir la traçabilité des matériaux utilisés afin de s'assurer de leur qualité et de leur innocuité, dès lors qu'ils seront mis en contact direct et permanent avec l'organisme du patient. Or, on observe que les informations effectivement délivrées aujourd'hui demeurent le plus souvent inexistantes ou, au mieux, très en deçà des exigences légales.

La proposition de loi estime que ces manquements s'expliquent en fait par le caractère excessivement détaillé de l'information requise, qui obligerait à fournir une longue liste de prix pour chacune des pièces constituant l'appareillage envisagé.

Son **article 6** propose donc de remplacer la notion de « prix d'achat » par celle de « coût » ce qui, bien évidemment, modifie profondément la nature de l'information à délivrer, en ce qu'elle permet d'inclure des frais annexes s'ajoutant au prix des appareillages.

• Parce que ce changement constitue un recul important dans l'information et la protection du patient, en faveur desquelles elle s'était prononcée avec vigueur dans plusieurs débats antérieurs, la commission ne peut souscrire à cette proposition.

2. Pour autoriser l'hébergement de leurs données médicales personnelles

• La loi HPST a posé l'obligation de requérir des patients leur autorisation expresse pour permettre l'hébergement, c'est-à-dire le stockage, par les établissements publics et privés de santé, des données médicales conservées sur support papier ou électronique les concernant. Or, la proposition de loi fait valoir que ce consentement serait d'un recueil difficile lorsque lesdits patients ont déjà quitté l'hôpital, parfois depuis longtemps.

En conséquence, **l'article 12** propose de n'imposer cette formalité d'autorisation qu'à compter de la promulgation de la loi qui résultera du présent texte, le consentement des patients étant réputé donné pour les dossiers déjà constitués.

- Comme elle l'a déjà indiqué à l'article 2, la commission attache la plus grande importance à la confidentialité des informations médicales personnelles et au respect du secret médical. Elle n'est donc pas favorable à cette mesure, considérant que le consentement ne peut se présumer.

II. AFFINER LES RÈGLES APPLICABLES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

A. SÉCURISER LE STATUT DES GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SOCIALE OU MÉDICO-SOCIALE

• **L'article 14** a pour objet de sécuriser le statut juridique des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Les modifications apportées dans la législation applicable à ces groupements par la loi HPST et par l'ordonnance de coordination du 23 février 2010 ont en effet introduit une incertitude sur la transposition ou non, au secteur social et médico-social, de la distinction entre GCS de « moyens » et GCS « établissements ».

Afin de lever toute ambiguïté, le texte propose d'énoncer clairement que le GCSMS n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. Il est un mode de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux permettant de mutualiser des moyens, de mettre en commun des services, de réaliser des interventions communes, voire d'exploiter une autorisation, mais il n'a pas vocation à devenir un établissement social ou médico-social, titulaire d'une autorisation.

• La commission ayant émis de profondes réserves sur la pertinence des GCS « établissements » lors de l'examen de la loi HPST, la non-transposition de ce nouvel outil au secteur social et médico-social lui paraît être une décision opportune.

B. ADAPTER LE PROCESSUS DE FINANCEMENT DES PROJETS FINANCÉS PAR LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

• **L'article 15** procède à une réécriture de la section IV du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), relative au financement des actions de modernisation des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, de formation et de professionnalisation des personnels intervenant auprès de ces publics.

Il propose de mettre fin à la division de cette section en deux sous-sections, l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées, afin de mutualiser les financements attribués aux mêmes types d'actions, quel que soit le public concerné. Il donne ensuite la possibilité à la CNSA de déléguer, dans certains cas, aux ARS la gestion des crédits afférents à ces actions pour éviter que l'ensemble des dossiers, notamment ceux d'intérêt régional et local, ne soient traités par le niveau national.

• La commission partage pleinement cette analyse.

C. PRÉCISER LA PROCÉDURE DE TRANSFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX OU MÉDICO-SOCIAUX

• **L'article 16** vise à clarifier la procédure applicable aux transformations d'établissements sociaux ou médico-sociaux. Une lecture combinée des dispositions législatives et réglementaires laisse en effet supposer que certains types de transformation - celles qui ne modifient pas la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service - pourraient être mises en œuvre sans autorisation préalable. Une telle interprétation ne peut évidemment être soutenue compte tenu des enjeux associés à la nouvelle procédure d'autorisation, à laquelle est attaché nombre de protections des personnes accueillies.

Le texte propose donc que les projets de transformation sans changement de la catégorie de bénéficiaires ne soient pas exemptés de la procédure d'autorisation. En revanche, dans un souci d'allègement des démarches administratives, il prévoit que ces projets sont dispensés de l'appel à projet.

- La commission soutient cette double démarche.

III. AMÉNAGER DIVERSES MESURES

Les dernières dispositions du texte présentent plusieurs mesures ponctuelles destinées à faciliter la mise en œuvre de certains des articles de la loi HPST.

A. ACCROÎTRE LES COMPÉTENCES DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Piliers de la réforme de l'organisation territoriale du système de santé, les agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi HPST pour rassembler toutes les compétences relevant des différentes composantes de la politique de santé :

- les soins, qu'ils soient assurés par la médecine de ville, par le secteur hospitalier ou par une prise en charge médico-sociale ;
- la santé publique, incluant la prévention, l'éducation à la santé, la veille et la sécurité sanitaires ou la santé environnementale.

Pour l'ensemble de ces secteurs, les ARS ont été investies d'une double mission : celle de piloter et d'organiser la politique régionale de santé et celle de réguler le système de santé. L'installation progressive de ces agences a inspiré à la proposition de loi l'idée de leur confier, à la marge, quelques missions complémentaires.

1. Pour suspendre ou fermer un centre de santé

- La loi HPST, et le décret du 30 juillet 2010 s'y rapportant, ont donné pour mission au directeur général de l'ARS de veiller au bon fonctionnement des centres de santé. En cas d'altération de la qualité et de la sécurité des soins, il lui appartient donc de s'enquérir, auprès du directeur du centre, des mesures que celui-ci envisage pour y remédier voire, en l'absence de réponse, de lui enjoindre de prendre les mesures utiles et de s'assurer de leur bonne exécution.

Considérant toutefois que ces moyens d'action restent limités, **l'article 7** se propose de donner au directeur général de l'ARS la possibilité de suspendre lui-même l'activité du centre, voire d'en demander la fermeture.

- La commission considère également qu'il est justifié d'accorder au directeur général de l'ARS les moyens d'assurer que seuls les centres de santé offrant les garanties de sécurité nécessaires sont accessibles aux patients. Elle est donc favorable à cette disposition dont elle a toutefois consolidé le dispositif.

2. Pour contrôler les fonds affectés aux fondations hospitalières

- La loi HPST a créé une nouvelle catégorie de fondations, inspirée des fondations universitaires, pour développer la recherche médicale et promouvoir le transfert de crédits privés vers la recherche publique au sein des établissements publics de santé. Un décret en Conseil d'Etat devait fixer les règles générales de fonctionnement de ces fondations hospitalières ainsi qu'un certain nombre de mesures d'application. Or, saisi dudit projet de décret, le Conseil d'Etat a considéré que la loi HPST ne permettait pas aux fondations hospitalières de s'affranchir aussi largement des règles applicables aux fondations reconnues d'utilité publique.

L'article 9 propose donc de modifier la loi HPST en conséquence, en prévoyant notamment que les fondateurs pourront disposer de la majorité au conseil d'administration de la fondation et que les directeurs généraux des ARS auront le pouvoir de contrôler les fonds affectés aux fondations par les établissements publics de santé ; le décret en Conseil d'Etat qui déterminera leurs règles de création et de fonctionnement devra en outre tenir compte de leur spécificité.

- Cette nouvelle rédaction ne paraît pas satisfaisante. Elle n'apporte en effet aucune garantie, ni en matière de prévention des risques ou de conflits d'intérêts, ni sur le plan du contrôle de l'utilisation des fonds publics hospitaliers.

Il semble préférable d'en rester au droit existant : il n'y a pas de réelle urgence à créer cette nouvelle catégorie de fondations et il convient d'approfondir encore la réflexion en l'élargissant à l'ensemble de la recherche menée dans les établissements publics de santé, d'autant que, en plus du texte actuel de la loi HPST, d'autres dispositifs juridiques peuvent déjà être utilisés, comme les fondations de coopération scientifique.

3. Pour fixer la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides

- **L'article 13** confie au directeur général de l'ARS d'Ile-de-France le soin de fixer la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides.

Placé sous l'autorité du ministère de la défense, l'Ini est un établissement spécialisé de soins destinés aux anciens combattants comportant d'une part, un centre d'accueil de pensionnaires, pour des séjours liés, le plus souvent, à une perte sévère d'autonomie rendant difficile leur maintien à domicile, d'autre part, un centre médico-chirurgical, rassemblant des services de médecine physique et de réadaptation, de chirurgie ainsi qu'une unité

sensori-cognitive. A ce titre, l'Ini perçoit chaque année du budget de l'Etat¹ une subvention pour charge de service public.

En revanche, la fixation de ses dépenses hospitalières relève du ministère de la santé. C'est cet aspect financier que la proposition de loi se propose de transférer à l'ARS d'Ile-de-France.

- Si l'objectif affiché est celui de donner à l'ARS compétence sur l'ensemble des financements des établissements de santé situés dans son ressort géographique, on peut néanmoins considérer que l'Ini est un établissement de soins très spécifique, à vocation nationale, qui ne correspond pas tout à fait au modèle général des établissements de santé. Pour ces motifs, la commission ne souhaite pas retenir cette proposition.

4. Pour clarifier le financement des réseaux de santé par l'assurance maladie

- Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ils sont constitués par des professionnels de santé libéraux, hospitaliers, médecins du travail ou d'institutions sociales et médico-sociales, d'organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que de représentants d'usagers. Ces réseaux peuvent bénéficier de financements en provenance des régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'article 8 propose d'accorder aux ARS le pouvoir de décider des conditions de prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie de certaines dépenses des réseaux de santé.

- La commission n'est pas favorable à ce que ces aides, qui alourdissent les dépenses de l'assurance maladie, puissent être librement accordées par les ARS, sans référence aux actions prioritaires assignées à l'utilisation de ces crédits. Il en résulterait un risque de dispersion des interventions rendant difficile l'évaluation de leurs résultats. Elle ne peut donc approuver cette mesure.

B. PARFAIRE LE DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES MENACES SANITAIRES

1. Le cadre d'emploi de la réserve sanitaire

- L'épisode de la pandémie grippale H1N1 a mis particulièrement en exergue la nécessité de disposer des moyens humains pour répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menaces sanitaires graves survenant

¹ Mission « Anciens combattants, mémoire et liens avec la Nation », action « Solidarité » dotée, pour 2011, de 90,5 millions d'euros au double titre de l'Ini et de l'Onac, office national des anciens combattants.

au niveau national ou international, afin de compléter, le cas échéant, l'effectif des agents de l'Etat, des collectivités territoriales, des hôpitaux ou autres participant à ces missions de sécurité civile. **L'article 10** vise donc à assouplir les conditions dans lesquelles peut être mobilisée cette réserve constituée sur la base du volontariat de personnels de santé en exercice, en formation ou en retraite.

- Les nombreux travaux conduits par la commission sur ces questions d'urgence sanitaire¹ l'ont évidemment sensibilisée à l'intérêt de disposer d'une force de réaction organisée et facilement mobilisable en cas de besoin. Pour ces motifs, elle soutient l'objectif poursuivi par cet article dont elle a toutefois précisé le dispositif pour qu'il reste spécifiquement dédié aux urgences sanitaires.

2. La lutte contre la propagation internationale des maladies

- **L'article 11** propose deux mesures s'adressant au secteur des transports dans le cadre de la lutte contre la propagation internationale des maladies, sujet qui reste d'actualité après la pandémie grippale A (H1N1) survenue l'an dernier :

- la première est de nature financière. Elle met à la charge des transporteurs les frais supplémentaires résultant des décisions des autorités sanitaires lorsqu'elles veulent prévenir la propagation de maladies transmissibles, par exemple en immobilisant un moyen de transport terrestre, aérien ou maritime. Dans cette hypothèse, la compensation des conséquences financières de ces dispositions ne pourra être réclamée par les transporteurs auprès des pouvoirs publics ;

- la seconde est de nature pénale. Elle concerne les sanctions applicables aux fonctionnaires et agents publics, médecins, commandants de bord ou de navires qui auraient dissimulé certains faits, en manquement à leur obligation d'information conformément aux règlements sanitaires internationaux.

- Sous réserve d'une modification mineure pour préciser le champ d'application de la sanction, la commission approuve ces mesures qui complètent utilement le dispositif de lutte contre les épidémies.

*

* *

¹ Voir notamment les rapports d'information du Sénat d'Alain Milon n^{os} 685 (2009-2010) : *La grippe A (H1N1)v : retours sur « la première pandémie du XXI^e siècle » au nom de la commission d'enquête présidée par François Autain et 270 (2010-2011) : La gestion d'une crise sanitaire : la pandémie de grippe A (H1N1) au nom de la commission des affaires sociales.*

Réunie le mercredi 9 février 2011, la commission a complété le texte de cette proposition de loi par **trois articles additionnels** tendant respectivement :

- à instituer une obligation de publication annuelle des liens d'intérêts entre les entreprises pharmaceutiques et les médecins ;

- à abroger les dispositions de la loi HPST instaurant les groupements de coopération sanitaire (GCS) érigés en établissements de santé ;

- à développer les alternatives à l'hospitalisation et la dialyse à domicile.

Elle a également, à l'initiative du Gouvernement, organisé les conditions d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé publics et privés.

Elle a enfin adopté ce texte dans la rédaction résultant de ses travaux.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

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

Société interprofessionnelle ambulatoire

Objet : Cet article a pour objet de créer une nouvelle forme de société permettant l'exercice en commun de certaines activités par des professionnels de santé libéraux.

I - Le dispositif proposé

L'article 1^{er} de la proposition de loi tend à compléter le livre préliminaire (*Dispositions communes*) de la quatrième partie (*Professions de santé*) du code de la santé publique par un titre IV (nouveau) consacré à une nouvelle forme de société civile : la société interprofessionnelle ambulatoire, ou SIA, permettant l'exercice en commun, par des personnes exerçant différentes professions de santé, de certaines activités « à finalité thérapeutique ».

Avant d'analyser les caractéristiques originales de cette nouvelle société, qui serait à la fois une société d'exercice, pour une partie - très restreinte - de l'activité de ses associés et une société civile de moyens au service de l'ensemble de cette activité, il convient de rappeler le contexte qui impose sa création, et laisse présager que ce cadre juridique sera appelé à évoluer.

1°) Le contexte : la recherche d'un statut adapté à un exercice pluriprofessionnel coordonné des professions de santé

Plusieurs facteurs expliquent un intérêt grandissant pour l'exercice « regroupé » et pluridisciplinaire de la médecine ambulatoire :

- les aspirations des jeunes professionnels de santé à un mode d'exercice moins « solitaire », ouvert à la pluridisciplinarité, enrichi par les échanges entre professionnels, permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée ;

- le souci de structurer l'offre de soins de premier recours, la médecine de proximité, de développer la prévention, l'éducation thérapeutique des patients, avec le double objectif de rééquilibrer un système de santé trop

« hospitalo-centré » et de construire des parcours de soins optimisant la prise en charge des patients ;

- l'espoir, enfin, de lutter contre la désertification médicale dont une des principales causes est la désaffection pour l'exercice libéral traditionnel, qui rend très difficile, dans de nombreux territoires, la relève des générations, le maintien du « maillage » sanitaire, la garantie de l'accès de tous à des soins de qualité.

La « nouvelle médecine de proximité », tournée vers la coordination des soins, la promotion de la santé, le suivi des patients, a suscité des formes différentes d'organisation, d'exercice et de coopération entre les professions.

La viabilité et le développement de cette nouvelle offre de santé supposent de compléter le paiement à l'acte par de nouveaux modes de rémunération plus adaptés aux pratiques innovantes qu'elle permet de développer, notamment en matière de prévention.

C'est dans ce but que l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹, complété par un décret d'application tardivement paru en avril 2009², a organisé une ambitieuse expérimentation de nouveaux modes de rémunération - ou NMR - des professionnels de santé. Cette expérimentation, qui a réellement débuté le 1^{er} janvier 2010, doit se poursuivre jusqu'à la fin de 2012³.

Elle a rapidement fait apparaître la nécessité, pour les groupements de professionnels qui y participaient, de pouvoir se doter d'une organisation statutaire apte à facturer et à percevoir les rémunérations forfaitaires prévues.

La problématique de cette recherche a conduit aux choix parfois un peu déroutants que traduit le texte proposé.

• Une problématique complexe

Les expérimentations doivent permettre de tester quatre modèles économiques de rémunération, ou « modules ».

Seuls les deux premiers sont déjà en cours d'expérimentation :

- le premier consiste à rémunérer, en sus du paiement à l'acte, le temps passé à la coordination (management de la structure, concertation entre professionnels) ;

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

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

³ Soit au terme du délai de cinq ans ouvert par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 à partir du 1^{er} janvier 2008. Les premières expérimentations ont débuté le 1^{er} janvier 2010, elles couvraient quarante-six sites (maisons de santé pluridisciplinaires, pôle de santé, centres de santé) sélectionnés dans six régions après un premier appel d'offres (sur cinquante-neuf candidatures). Les sites retenus ont signé une convention avec les ARS le 1^{er} décembre 2010. Le ministre ayant décidé d'étendre l'opération à toutes les régions, un second appel d'offres, lancé au second semestre 2010, a suscité 171 candidatures, dont une centaine devraient être sélectionnées.

- le second est axé sur les nouveaux services aux patients : il concerne aujourd'hui principalement l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

Article 44

I.- Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.

En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les expérimentations sont conduites par les missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. A cet effet, les conventions qu'elles passent avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires sont signées par le directeur de la mission régionale de santé au nom des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les missions régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.

(...)

La rémunération forfaitaire est reçue par la structure qui détermine librement les modalités de sa répartition entre les professionnels.

Pour prendre l'exemple du module « coordination », une première partie du forfait, qui est notamment fonction du nombre des patients ayant choisi comme médecin traitant un des médecins généralistes de la structure, est versée en début d'année. Une seconde est versée en fin d'année, en fonction de l'atteinte d'objectifs définis dans la convention passée avec l'ARS¹.

Cet exercice supposait de définir des statuts adaptés à une structure qui puisse réunir des professionnels libéraux et/ou salariés, médicaux et paramédicaux, facturer certains actes à l'assurance maladie, percevoir des financements, les répartir entre ses membres sans porter atteinte à leur statut libéral, offrir un cadre juridique et fiscal sécurisé...

Cette tâche complexe a été confiée à un groupe de travail réunissant des représentants de l'administration, des professions de santé et de l'assurance maladie.

Il est rapidement apparu que les formes juridiques généralement adoptées par les groupements existants (association de la loi de 1901 ou société civile de moyens²) ne pouvaient convenir.

Les possibilités offertes par les textes en vigueur ont été explorées, notamment celle de l'élaboration d'un dispositif réglementaire fondé sur les textes législatifs autorisant l'interprofessionnalité des sociétés d'exercice libéral (SEL)³ ou des sociétés civiles professionnelles (SCP)⁴.

La voie de recherche la plus logique pouvait sembler celle de l'élaboration d'un dispositif réglementaire fondé sur l'article 2 de la loi du 29 novembre 1966, qui autorise la création de « sociétés civiles interprofessionnelles », mais cette solution aurait présenté divers inconvénients :

- une telle société aurait été trop complexe à gérer ;
- elle aurait obligé les associés à exercer dans le cadre de la société toute leur activité professionnelle libérale ;
- les relations entre une éventuelle « société civile interprofessionnelle » et les différents ordres professionnels dont pouvaient

¹ Des indicateurs de qualité et d'efficience ont été élaborés - à l'exception d'un de ces derniers, relatif à la diminution du recours à l'hospitalisation - et qui devrait être particulièrement intéressant. Les autres correspondent assez largement à ceux mis en place dans le cadre du Capi. La structure a la possibilité de choisir certains des indicateurs de qualité sur lesquels elle sera évaluée. Les indicateurs d'efficience sont tous obligatoires pour garantir l'équilibre économique du modèle.

² Article 36 de la loi n° 66-879 précitée.

³ Loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de société 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.

⁴ Loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles.

relever les associés semblaient difficiles à organiser : il est cependant un peu surprenant que le texte proposé ne comporte aucune mention des ordres professionnels.

Le choix a donc été fait d'une forme de société nouvelle, qui se présente comme une société civile de moyens, fonctionnant comme une société d'exercice professionnel pour les seules activités faisant l'objet des nouveaux modes de rémunération (NMR) en cours d'expérimentation. Elle emprunte à ce titre quelques traits à la société civile professionnelle.

Il n'est pas certain que cette volonté de souplesse maximale se traduise par une véritable simplicité de fonctionnement.

En tout cas, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé se doublera de celle d'une nouvelle forme de société professionnelle, qui justifiera sans doute, elle aussi, une évaluation.

2°) Le dispositif proposé

Le titre nouveau consacré aux « sociétés interprofessionnelles ambulatoires » (SIA) est divisé en trois chapitres consacrés respectivement à la constitution de la société, à son fonctionnement et à des dispositions diverses.

a) La constitution de la société

Le chapitre premier comporte six articles, L. 4041-1 à L. 4041-6 (nouveaux).

• L'article L. 4041-1 (nouveau)

Cet article réserve la possibilité de constituer une SIA à des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé « *régie par la présente partie du code* ».

La définition des associés potentiels de la SIA soulève la question de la participation à la société de personnes morales, qui pourrait créer des difficultés d'ordre juridique, mais aussi pratique.

On notera qu'il ne paraît pas indispensable de préciser que les associés des SIA « *n'assurent pas d'hébergement* », ni que la SIA « *jouit de la personnalité morale* ».

• L'article L. 4041-2 (nouveau) définit la SIA comme une société civile régie par les chapitres I^{er} et II du titre IX du livre III du code civil, sous réserve des dispositions que l'article 1^{er} de la proposition de loi propose d'insérer dans le code de la santé publique.

Cet article énonce également le double objet de la SIA :

- faciliter à chacun de ses associés l'exercice de son activité par la mise en commun de moyens : cette formulation est reprise de l'article 36, relatif aux sociétés civiles de moyens, de la loi précitée du 29 novembre 1966 ;

- mais aussi, si les statuts le prévoient, l'exercice en commun de certaines activités à finalité thérapeutique relevant de la profession de leurs membres, « *nonobstant toute disposition législative et réglementaire réservant aux personnes physiques l'exercice de cette profession* » : cette dernière précision, empruntée à l'article 1^{er} de la loi de 1966 relative aux SCP, vise le cas des officiers ministériels et ne concerne donc pas les professions de santé.

Le dernier alinéa de l'article prévoit que les activités qui peuvent être exercées en commun par une SIA sont « *précisées par décret* ». Cette définition réglementaire et restrictive, bien que potentiellement évolutive, de l'objet social peut surprendre et fait ressortir que l'*affectio societatis* semble devoir se réduire, dans la SIA, à la nécessité de disposer d'un outil de gestion des « NMR ».

Dans l'immédiat, les activités susceptibles d'être exercées en commun devraient se limiter à la coordination thérapeutique et à l'ETP.

Selon les réponses aux questions posées par votre rapporteur, cependant, les dispositions du dernier alinéa de l'article ne sont pas limitatives et pourraient « *concerner potentiellement l'ensemble de l'activité* » des associés.

• **L'article L. 4041-3 (nouveau)** précise les règles de composition de la société : ne pourront être associées d'une SIA que des personnes qui, préalablement à la constitution de la société, exerçaient régulièrement la profession ainsi que celles qui, réunissant toutes les conditions légales et réglementaires exigées, avaient vocation à l'exercer. Cette définition suppose, pour les personnes relevant d'un ordre professionnel, qu'elles soient inscrites au tableau de cet ordre.

En revanche, il n'est pas fait mention de relations entre la société et les ordres, à la différence de ce qui est prévu dans les autres textes relatifs à des formes d'exercice sociétal : la SEL, soumise à l'agrément préalable des ordres (article 3 de la loi du 31 décembre 1990), la SCP (dont l'immatriculation ne peut intervenir qu'après son inscription au tableau de l'ordre), et même les sociétés en participation, dépourvues de personnalité morale, dont la constitution donne lieu à un simple avis, qui doit cependant être communiqué, avant publication, au conseil de l'ordre départemental.

Ce choix tiendrait aux problèmes pratiques que poserait l'inscription des SIA dans plusieurs ordres, comme c'est le cas, semble-t-il, pour les sociétés professionnelles dans le domaine de la biologie médicale, qui ne relèvent cependant que de deux instances ordinales, ordre des médecins et ordre des pharmaciens. Les professionnels auraient craint aussi la lenteur et la lourdeur des procédures.

Il reste que, naturellement, les associés médecins, par exemple, devront adresser les statuts de la société au conseil de l'ordre, comme tout contrat relatif à l'exercice de leur profession.

Le second alinéa de l'article impose un « effectif » minimal de trois professionnels pour constituer une SIA : deux médecins et un auxiliaire médical.

La société qui tomberait en dessous de cet étiage ne pourrait donc, si elle ne parvient pas à recruter de nouveaux associés, conserver le statut de SIA.

- **L'article L. 4041-4 (nouveau)** est relatif aux **statuts**, qui devront être établis par écrit et comporter éventuellement des mentions imposées par décret : la loi, quant à elle, laisse une très large liberté aux associés.

- **L'article L. 4041-5 (nouveau)** est relatif au rôle - présenté comme optionnel - de société d'exercice de la SIA. Les statuts pourront préciser le « *champ* » des activités professionnelles qui seront exercées par la société.

Comme on l'a indiqué, il serait pour l'instant restreint aux deux « modules » coordination thérapeutique et ETP.

Le troisième module prévu devrait permettre d'expérimenter des transferts d'actes de soins entre professionnels. Mais il était encore, à la fin de l'année, en cours d'élaboration, en raison notamment, de la difficulté de trouver des professionnels disposés à tester des « coopérations réelles », c'est-à-dire dérogeant aux décrets de compétence, même parmi les personnels ayant une formation adéquate.

Le quatrième module est plus ambitieux encore puisqu'il devrait examiner - à partir notamment d'études ou d'expériences internationales - la possibilité de mise en place d'un forfait à la pathologie, qui n'a jamais été expérimenté ou, plus probablement, d'un forfait par capitation.

Le deuxième alinéa de l'article interdit à la SIA d'avoir une quelconque activité industrielle ou commerciale. Cette interdiction répond au souci de garantir la transparence fiscale de la société, à laquelle les représentants des professions au groupe de travail se sont montrés très attachés. On peut néanmoins la juger un peu redondante, la SIA étant une société civile.

Le troisième alinéa permet aux associés d'exercer en dehors de la société toute activité dont l'exercice commun n'a pas été expressément prévu, ce qui pourrait laisser penser que l'aspiration à l'exercice de groupe coexiste avec une assez forte réticence à l'exercice sociétal.

Même dans le champ étroit de l'activité commune, il est prévu la possibilité de pouvoir exercer à titre individuel.

- Le dernier article du chapitre, **l'article L. 4041-6 (nouveau)**, traite de l'immatriculation de la société et de l'éventualité de la modification de ses statuts.

Curieusement, alors qu'il n'est fait aucune mention des autorités ordinaires, il est prévu que les statuts de la société seraient enregistrés à l'ARS. Cette procédure singulière correspondrait au souci de s'assurer que l'ARS soit effectivement informée - avant même qu'elle n'accède à la personnalité morale - de la constitution de la société et qu'elle dispose d'un exemplaire de ses statuts.

Cela ne paraît pas être une raison suffisante pour que les SIA deviennent les seules sociétés dont les statuts ne seraient pas enregistrés à la recette des impôts de leur siège social ou du domicile d'un des associés...

Plus étonnant encore, les avenants introduisant des modifications « *substantielles* » aux statuts devraient aussi, « *à peine de nullité* », être enregistrés auprès de l'ARS dans des conditions déterminées par décret. Cette disposition, contraire aux principes les plus élémentaires de la liberté de contracter, ne semble pas acceptable.

b) Le fonctionnement de la société

Le chapitre II du titre nouveau ne consacre que trois articles au fonctionnement de la société.

- **L'article L. 4042-1 (nouveau)** dispose que les rémunérations versées en contrepartie des « activités communes » constituent des recettes propres de la société, et sont perçues par celle-ci.

Les associés perçoivent directement les rémunérations de la partie de cette activité qu'ils exerceraient éventuellement en dehors de la société, de même que les honoraires correspondant au reste de leur activité.

Le second alinéa de l'article prévoit que les statuts déterminent les modalités de répartition des bénéfices et des charges - chaque associé recevant une part égale des bénéfices en l'absence de clause statutaire de répartition. Cet alinéa a sans doute pour objet essentiel d'insister à nouveau sur la nature de société civile de la SIA et de « sécuriser » ainsi son régime fiscal.

- **L'article L. 4042-2 (nouveau)** prévoit un régime solidaire de responsabilité professionnelle identique à celui prévu par l'article 16 de la loi de 1966 pour les associés de SCP : les associés sont indéfiniment et solidairement responsables des dommages causés par leurs actes, et la société comme les associés sont tenus de contracter une assurance de responsabilité civile.

- **L'article L. 4042-3 (nouveau)** définit un droit de retrait des associés qui peuvent, s'ils décident de l'exercer, céder leurs parts sociales ou se les voir rembourser par la société : la rédaction de cet article reprend celle du premier alinéa de l'article 18 de la loi de 1966.

c) Les dispositions diverses

Les « dispositions diverses » du chapitre III comportent trois articles.

• **L'article L. 4043-1 (nouveau)** prévoit, en son premier alinéa, que les « *activités exercées en commun* » ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires. Cette disposition « de précaution » tient compte de la nature juridique incertaine des « NMR » qui devraient sans doute pouvoir être considérées comme des honoraires (mais non des honoraires conventionnels, puisqu'ils ont été prévus en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008).

Le second alinéa a pour objet de ne pas faire peser de présomption de compéage sur les professionnels de santé. Le compéage, mentionné à l'article 23 du code de déontologie médicale (article R. 4127-23 du code de la santé publique) est interdit « *entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales* ». Il constitue donc une faute disciplinaire. L'ordre des médecins le définit comme « *toute entente illicite qui entacherait la liberté et l'indépendance professionnelle des médecins et porterait ainsi atteinte au libre choix du patient* ».

Il répondrait à la crainte que l'existence d'une « *rémunération d'activité de coordination* » dans le cadre des expériences de NMR ne serve de prétexte à des accusations de compéage.

Cependant, cette disposition, qui malmène le principe de la présomption d'innocence en admettant la possibilité d'une « présomption de faute déontologique », pourrait de surcroît être interprétée *a contrario* comme justifiant de faire peser une telle « présomption de compéage » sur toutes les autres formes d'exercice sociétal ou d'exercice en groupe.

Il ne paraît donc ni utile, ni souhaitable, de la conserver.

• **L'article L. 4043-2 (nouveau)** prévoit, conformément aux principes d'organisation des sociétés civiles modifiés par la loi de 1978, que la société n'est pas automatiquement dissoute par le décès d'un associé, non plus que par son retrait pour quelque cause que ce soit, y compris une interdiction professionnelle.

Le texte précise que l'associé frappé d'une interdiction définitive d'exercer la profession perd immédiatement sa qualité d'associé, et que ses parts doivent être rachetées dans un délai de six mois, ce qui est logique dans le cas d'une société à laquelle ne peuvent appartenir que des professionnels remplissant toutes les conditions pour exercer.

Il est à noter que cet article ne règle pas de façon satisfaisante le cas des héritiers ou ayants droit d'associés décédés, en excluant la possibilité qu'un héritier ou un ayant droit remplissant les conditions pour être associé de la SIA puisse le devenir, sous réserve éventuellement de l'agrément des autres associés.

Certes, il est tout à fait normal que, dans une société professionnelle, et dans une société civile où l'*intuitu personae* joue un rôle important, l'héritier d'un associé n'ait pas automatiquement vocation à lui succéder.

Mais la rédaction proposée le lui interdit, en imposant le rachat des parts d'un associé décédé et en précisant que ses héritiers ou ayants droit ne peuvent exercer aucun droit dans la société. Ce n'est pas courant et ne paraît pas logique : si la SIA a, entre autres, vocation à favoriser le maintien de l'exercice libéral, il semble contradictoire que les textes qui la régissent excluent qu'un professionnel de santé puisse être remplacé à son décès par un de ses héritiers exerçant également une profession de santé.

II - Le texte adopté par la commission

A l'initiative de son rapporteur, votre commission a adopté **douze amendements** à cet article :

- un **amendement** à l'intitulé du nouveau chapitre du code de la santé publique, tendant à renommer « **Société interprofessionnelle de soins ambulatoires** » (**Sisa**) la société interprofessionnelle ambulatoire ;

- un **amendement** de réécriture de l'article L. 4041-1 tendant à réserver la qualité d'associé de la Sisa aux personnes physiques et à préciser à cet article la forme juridique de la Sisa ;

- un **amendement** modifiant en conséquence l'article L. 4041-2 relatif à l'objet de la société. La rédaction proposée supprime le caractère optionnel de la « double nature », de société civile d'exercice professionnel et de société civile de moyens, prévue par le texte de la proposition de loi. Il ne semblerait pas logique, en effet, qu'une société se constitue sans que ses associés aient défini son objet, ni qu'ils fassent le choix de cette forme particulière de société pour constituer, en fait, une société civile de moyens ;

- un **amendement** de réécriture des dispositions relatives à la qualité des associés et aux conditions de sa constitution ;

- un **amendement** rédactionnel et modifiant la numérotation de l'article relatif aux statuts de la société ;

- un **amendement** supprimant la disposition superfétatoire interdisant l'exercice d'une activité industrielle ou commerciale par une Sisa ;

- un **amendement** supprimant la procédure d'enregistrement à l'ARS des statuts des Sisa et prévoyant la communication de ces statuts aux ordres professionnels ;

- un **amendement** supprimant le second alinéa de l'article L. 4042-1, qui apparaît comme une « clause de style » ;

- à l'article L. 4043-1, un **amendement** rédactionnel et un **amendement** supprimant la référence au compérage ;

• à l'article L. 4043-2, **deux amendements** supprimant les dispositions de cet article relatives aux héritiers et ayants droit des associés décédés, auxquels s'appliqueront donc les dispositions « de droit commun » de l'article 1870 du code civil, lesquelles au demeurant laissent ouverts tous les choix.

Ces amendements ne suffiront sans doute pas à garantir un fonctionnement efficace des nouvelles « sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires », qui semblent être un instrument un peu disproportionné à leur objet, et dont l'organisation sera sans doute plus complexe qu'il n'y paraît.

On peut donc, peut-être, regretter que le délai de deux ans qui s'est écoulé entre l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et le début de l'expérimentation des NMR n'ait pas été mis à profit pour élaborer **un mécanisme plus simple** permettant la perception et la répartition de ces rémunérations, et pour engager parallèlement **une réflexion plus approfondie sur la ou les formes de société professionnelle susceptibles de convenir à un exercice pluriprofessionnel de la médecine de proximité.**

L'outil juridique que constitue la SIA - ou Sisa - paraît en effet insuffisamment abouti.

Il est en particulier un peu gênant qu'il semble surtout traduire un certain refus de l'exercice sociétal, car il paraît difficile que « l'exercice groupé » puisse s'organiser dans un cadre complètement informel.

En cumulant les résultats des deux appels à projet pour les expérimentations prévues par la LFSS pour 2008, près de cent cinquante sites devraient participer à ces expérimentations.

Elles ne se dérouleront que sur deux ou trois ans, en raison d'une mise en place un peu lente. Elles concerneront cependant un échantillon important.

Il est donc permis d'espérer qu'elles seront l'occasion de recueillir des informations et de favoriser des expériences utiles pour « refonder » la médecine de proximité et les soins de premier recours, mais aussi pour parfaire et diversifier le cadre juridique de la pratique de groupe.

Aucun de ces deux sujets n'a en tout cas à gagner d'un excès d'improvisation et votre commission estime qu'il aurait été utile que le Parlement puisse les aborder de manière un peu moins précipitée.

Au bénéfice de ces observations, elle a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2

*(art. L. 6323-3, L. 6323-3-1 (nouveau) et L. 1110-4
du code de la santé publique)*

**Maisons de santé. Respect du secret médical
dans les structures de soins ambulatoires**

Objet : Cet article a pour objet de proposer une nouvelle définition des maisons de santé et d'élargir le partage des informations concernant la santé des patients des centres, maisons, réseaux et pôles de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article comporte trois paragraphes.

• Le **paragraphe I** propose une nouvelle rédaction de l'**article L. 6323-3** du code de la santé publique, relatif à la définition des maisons de santé, inséré dans le code par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹ et déjà réécrit en 2009 par la loi HPST.

Avec les centres, les réseaux et les pôles de santé, les maisons de santé font partie des structures qui contribuent au développement d'une offre de soins coordonnée et pluridisciplinaire, mais dont le statut et le rôle ne sont pas toujours précisément définis.

Le projet de loi ajoute à la définition actuelle de la maison de santé un élément important - elle devra être dotée de la personnalité juridique - mais, pour le reste, il reprend, de manière plutôt moins claire, le contenu du texte en vigueur.

Si le fait que les maisons de santé soient à l'avenir tenues d'avoir la personnalité morale constitue certainement un progrès, cela ne suffit pas à leur donner une identité très forte, ni à les différencier clairement des autres structures qui interviennent également dans l'offre de soins coordonnée (concept en lui-même imprécis), la prévention ou l'éducation à la santé.

En outre, la forme juridique que devront adopter les maisons de santé n'est pas précisée. Elles pourront se constituer en association de la loi de 1901 ou en société civile de moyens, mais devront choisir le statut de Sisa si elles participent à l'expérimentation et ont vocation à recevoir des NMR.

• Le **paragraphe II** tend à insérer dans le code de la santé publique un **article L. 6323-3-1 (nouveau)** qui reprend un élément de la définition actuelle des maisons de santé, non intégré dans la rédaction proposée pour l'article L. 6323-3, en précisant qu'elles peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé ou à des actions sociales.

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, article 44-V.

• Le **paragraphe III**, qui tend à insérer deux alinéas nouveaux dans l'**article L. 1110-4** du code de la santé publique, relatif au secret médical, pose quant à lui un tout autre problème.

Le texte proposé s'efforce en effet d'établir un parallèle entre la prise en charge dans un centre, une maison, un réseau ou un pôle de santé et une prise en charge dans un établissement de santé, prévoyant en conséquence un élargissement de la communication des données personnelles et de santé concernant les patients que rien ne paraît justifier.

- Le premier de ces deux alinéas concerne les personnes « prises en charge »¹ dans une maison ou un centre de santé.

Il prévoit que les informations les concernant seraient « *réputées confiées* » par elles à l'ensemble des professionnels de santé qui la prendraient « *effectivement* » en charge et qui auraient adhéré au « projet de santé » du centre ou de la maison de santé, ce qui constitue un critère assez peu discriminant. Les patients pourraient « *toutefois* » (sic) seulement refuser que soient communiquées des informations les concernant « *à un ou plusieurs professionnels de santé* ».

Cette formulation pour le moins maladroite néglige le fait que le consentement au partage des informations médicales ne se présume pas.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur, cette singulière conception du « colloque non singulier » entre patient et médecin se justifierait par le fait qu'il « *convient de favoriser le déploiement des maisons et centres de santé assurant des soins dans le cadre d'un exercice pluriprofessionnel coordonné.*

« En effet, ces structures contribuent au maintien d'une offre ambulatoire répondant aux besoins de la population tout en favorisant une prise en charge de qualité au travers d'un exercice coordonné assurant la continuité des soins.

« Le caractère coordonné de l'exercice au sein de ces structures constitue une réelle plus-value par rapport à l'exercice libéral pratiqué individuellement. Il importe donc de tout mettre en œuvre pour le favoriser. Or cette coordination ne pourra effectivement s'exercer que si les professionnels ont la possibilité de partager les informations de santé concernant la personne qu'ils prennent en charge ».

On observera qu'il peut sembler excessif de poser en principe que « *le caractère coordonné de l'exercice au sein de ces structures constitue une réelle plus-value par rapport à l'exercice libéral pratiqué individuellement* ». Ceux qui pratiquent individuellement l'exercice libéral ne se dispensent pas pour autant de solliciter l'avis d'un confrère, d'adresser leurs patients aux

¹ On notera que la notion de « prise en charge » par une structure de soins ambulatoires n'a guère de sens : une personne peut choisir comme médecin traitant un médecin exerçant dans une de ces structures, ou y recevoir des prestations de soins d'un praticien, d'un dentiste ou d'une infirmière, sans pour autant souhaiter être « prise en charge » par la structure. Cette expression est également fâcheuse en tant qu'elle pourrait être interprétée comme mettant en cause le libre choix du patient.

spécialistes ou aux auxiliaires médicaux dont l'intervention leur serait nécessaire, d'organiser leur parcours de soins et de « coordonner leur prise en charge ».

Les arguments présentés n'ont donc rien de convaincant. Le texte en vigueur permet déjà de concilier la coordination des soins et le respect du secret médical en prévoyant que « *sauf opposition de la personne dûment avertie* », deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent « *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 possible* » (article L. 1110-4 du code de la santé publique, alinéa 3).

Et l'on comprend mal pourquoi le partage des informations sur la santé des patients devrait obéir à des règles différentes selon que les soins de ville sont assurés par des praticiens et des auxiliaires médicaux exerçant individuellement ou par des professionnels regroupés dans une structure.

- Le second alinéa du paragraphe III propose de renvoyer à un décret en Conseil d'Etat la définition des « *conditions dans lesquelles les informations concernant la santé d'une personne peuvent être échangées par les professionnels de santé* » dans le cadre des réseaux et des pôles de santé, dont la définition, il convient de le noter, est tout aussi floue que celle des maisons de santé, dont le périmètre est plus vaste et auxquels peuvent participer des personnes qui ne sont pas des professionnels de santé.

Ce renvoi à un décret en Conseil d'Etat paraît impossible, pour deux raisons :

- la protection de la vie privée relève du législateur ;
- le texte de cet alinéa, comme du reste celui du précédent, n'apporte aucune garantie de respect de la vie privée et du principe du consentement des intéressés de l'accès aux informations la concernant.

II - La position de la commission

Cet article est très révélateur du fait qu'en dehors des avantages que l'on peut en attendre, à tort ou à raison, en termes d'attractivité de l'exercice libéral, de maintien de l'offre de médecine ambulatoire ou d'organisation des parcours de soins, l'exercice pluriprofessionnel coordonné peut aussi présenter des risques particuliers en termes de préservation du secret médical et de respect du libre choix du patient.

Au bénéfice de ces observations et sur proposition de son rapporteur, la commission a adopté **trois amendements** à cet article.

• Le **premier** de ces amendements propose une réécriture du I de l'article définissant les maisons de santé. La rédaction adoptée par la commission répond à des préoccupations de forme mais tend aussi, sur le fond, à prévoir d'encadrer par un décret en Conseil d'Etat les conditions techniques de fonctionnement de ces structures, à l'instar des centres de santé.

- Le **second** amendement est un amendement de coordination tendant à supprimer le II de cet article.

- Le **troisième** amendement supprime enfin le III de cet article. Rien ne justifie en effet que la pratique au sein de maisons, centres, réseaux ou pôles de santé autorise à prendre des libertés avec le respect de droits des patients.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3

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

Contrat santé solidarité

Objet : Cet article concerne le contrat santé solidarité et a pour objet, d'une part, de supprimer la contribution à la charge des médecins en cas de refus de signature ou de non respect des obligations prévues, d'autre part, de prévoir que l'Uncam élabore un contrat-type national avec lequel le contrat devra être conforme.

I - Le dispositif proposé

Le schéma régional d'organisation des soins (Sros), créé par la loi HPST¹, a pour objet de prévoir les évolutions nécessaires de l'offre de soins sur le territoire afin de répondre aux besoins de santé de la population. Il détermine notamment les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé², communément appelées « sur-denses ».

Trois ans après l'entrée en vigueur du schéma, l'ARS procédera à une évaluation de la satisfaction des besoins. Si celle-ci fait apparaître que l'offre de soins de premier recours n'est pas satisfaisante dans certains territoires, l'ARS pourra proposer aux médecins exerçant dans les zones « sur-denses » d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population dans les zones où ils ne sont pas couverts. Pour cela, l'ARS consultera la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, l'union régionale des professionnels de santé et les organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique.

- **L'élaboration d'un contrat-type par l'Uncam**

Le 1^o de cet article prévoit que le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et par au moins une organisation représentative de médecins.

¹ Articles 43 et 118 créant respectivement l'article L. 1434-8 et les articles L. 1434-7 et L. 1434-9 à L. 1434-11 du code de la santé publique.

² Article L. 1434-8.

• **Le débat sur le caractère contraignant ou volontaire du contrat santé solidarité**

Le dispositif du contrat santé solidarité a été introduit dans le projet de loi HPST par l'Assemblée nationale, qui souhaitait aller au-delà de mesures à caractère incitatif pour traiter le problème de la répartition territoriale de l'offre de soins. Elle avait donc prévu que, dans le cas où le médecin refuse de signer un tel contrat ou s'il ne respecte pas ses obligations, il devra s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale (2 946 euros à compter du 1^{er} janvier 2011).

La commission des affaires sociales du Sénat avait salué la volonté de l'Assemblée de proposer une mesure de démographie médicale dépassant le stade purement incitatif. Toutefois, elle avait estimé que le contrat santé solidarité devait avoir un caractère volontaire et non imposé. Elle avait en conséquence supprimé la contribution annuelle du médecin en cas de refus de signer un tel contrat, tout en la conservant en cas de non-respect de ses obligations.

Après un débat nourri sur la démographie médicale, le Sénat avait cependant adopté le dispositif du contrat santé solidarité dans la version de l'Assemblée nationale, c'est-à-dire avec une contribution forfaitaire annuelle en cas de refus de signature ou de non-respect des obligations contractuelles. La commission mixte paritaire avait confirmé cette position.

Le 2^o de cet article propose de supprimer la contribution forfaitaire annuelle à la charge des médecins qui refusent de signer un contrat santé solidarité ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte.

II - Le texte adopté par la commission

Votre commission souscrit au double objectif de cet article :

- l'élaboration d'un contrat-type par l'Uncam lui paraît tout à fait nécessaire, car le contrat santé solidarité contiendra naturellement des mesures de nature financière : il aurait été incongru d'en prévoir et éventuellement de les mettre à la charge de la sécurité sociale sans qu'elle puisse intervenir en la matière ;

- la suppression de la contribution forfaitaire annuelle est proche de la position qu'elle avait adoptée lors des débats sur le projet de loi HPST et ceux-ci avaient révélé les difficultés pratiques importantes de l'ensemble du dispositif. Alors que ces contrats ne pourront en tout état de cause être envisagés que trois ans après l'entrée en vigueur du Sros et que la mise en place de cette pénalité a été mal ressentie par la profession, le développement de mesures incitatives semble aujourd'hui plus adapté.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 3 bis (nouveau)

(art. L. 6112-3-1 [nouveau] du code de la santé publique)

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

Objet : Cet article additionnel, inséré sur amendement du Gouvernement, tend à prévoir les conditions d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé publics ou privés

Cet article additionnel propose d'insérer dans le code de la santé publique un **article L. 6112-3-1 (nouveau)** prévoyant que les médecins libéraux participant à la permanence des soins dans un établissement de santé assurant cette mission de service public seront indemnisés par l'établissement.

Cette indemnisation sera forfaitaire et les conditions en seront fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

En effet, pour les établissements ex-OQN (objectif quantifié national), la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) était jusqu'à présent encadrée et financée dans le cadre de contrats de pratiques professionnelles (CPP) conclus entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Le contenu de ces contrats, ainsi que la rémunération afférente étaient fixés par la convention médicale.

La loi HPST a abrogé la base légale de ces contrats. La solution envisagée consiste à laisser aux ARS, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), le soin d'encadrer les modalités d'exercice de la permanence des soins en clinique et de déterminer la compensation financière (articles L. 6114-1 et L. 6112-2 du code de la santé publique).

L'arrêté prévu dans cet amendement fixera les conditions d'indemnisation des médecins libéraux pour leur participation à la permanence des soins dans ces établissements et permettra ainsi de garantir une harmonisation sur l'ensemble du territoire.

La nécessaire indemnisation des médecins libéraux lorsqu'ils participent à la PDSES au sein des établissements ex-dotation globale justifie également cet amendement. Si les conditions de versement de leurs honoraires (paiement à l'acte selon les tarifs fixés par la convention médicale) sont prévues par la loi HPST et codifiées à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique, les montants des forfaits de garde ou d'astreinte ne relèveront plus du champ conventionnel mais de l'arrêté mentionné ci-dessus.

La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 4

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

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

Objet : Cet article tend à supprimer l'obligation faite aux médecins de déclarer au conseil départemental de l'ordre leurs absences programmées dans le cadre de la continuité des soins.

I - Le dispositif proposé

L'article 49 de la loi HPST a inséré l'article L. 6315-1 et le chapitre V du titre I^{er} du livre III de la sixième partie du code de la santé publique relatif à la continuité des soins en médecine ambulatoire. Cet article pose le principe que « *la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances* ». Ainsi, lorsque le médecin se dégage de sa mission, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser. Le conseil départemental de l'ordre est chargé de veiller au respect de l'obligation de continuité des soins et en tient informé le directeur général de l'ARS.

Afin d'organiser cette continuité sur le plan pratique, le code prévoit que le médecin doit informer le conseil départemental de ses absences programmées. Le présent article supprime cette obligation.

II - Le texte adopté par la commission

Le code de la santé publique distingue la **permanence des soins**, qui est une mission de service public organisée par l'ARS et assurée par les médecins libéraux, et la **continuité des soins**, qui est due à ses patients par tout médecin. En pratique, la question de la permanence des soins pose plus particulièrement le problème de l'accès aux soins les week-ends, les jours fériés ou les nuits et celle de la continuité des soins celui de la concomitance des vacances, notamment en période estivale.

Or, la continuité des soins peut être organisée dans des conditions satisfaisantes par des dispositifs moins contraignants que l'obligation de déclaration des absences programmées. Par exemple, certains conseils départementaux ont mis en place depuis plusieurs années des listes de médecins disponibles au cours de l'été sur la base des informations transmises volontairement par les médecins libéraux.

C'est pourquoi, tout en conservant l'obligation d'orientation vers un confrère, il n'est pas utile de maintenir la déclaration des absences programmées pour assurer la continuité des soins des malades.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 5

(art. L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale)

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

Objet : *Cet article vise à rétablir les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique, supprimés par l'ordonnance de coordination de la loi HPST.*

I - Le dispositif proposé

• Les dispositions antérieures au 1^{er} avril 2010

Des **contrats de bonne pratique**¹ pouvaient être définis nationalement ou régionalement par les parties aux négociations conventionnelles pour améliorer l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment de prescription. Ils pouvaient également prévoir des engagements en matière de niveau d'activité ou de participation aux programmes d'information destinés aux patients et comporter des mesures spécifiques en termes de permanence des soins ou d'implantation ou de maintien dans certaines zones du territoire. A ce dernier titre avait ainsi été prévue, dans certaines conditions, une rémunération de 300 euros par jour de remplacement effectué par un médecin en zone rurale ou en zone franche urbaine.

Ils pouvaient être adoptés pour diverses professions ou statuts : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, centres de santé et entreprises de transports sanitaires.

Les professionnels concernés adhéraient individuellement à ces contrats et pouvaient ainsi percevoir un complément forfaitaire de rémunération ou bénéficier d'une meilleure prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations sociales. 32

Selon une estimation de la Cnam, huit contrats de ce type existaient en 2009 : quatre pour les médecins libéraux (6 027 adhésions individuelles), un pour les orthophonistes (1 836 adhésions), un pour les orthoptistes (277 adhésions), un pour les directeurs de laboratoire (1 088 adhésions) et un pour les transporteurs (700 adhésions).

Par ailleurs, des **contrats de santé publique**² pouvaient aussi être définis nationalement ou régionalement par les parties aux négociations conventionnelles ; ils comportaient des engagements relatifs à la participation des professionnels soit à des actions destinées à renforcer la permanence des soins et leur coordination, soit à des actions de prévention. Les mêmes

¹ Article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-12-20.

professions que celles envisagées pour les contrats de bonne pratique étaient concernées, à l'exception des transporteurs sanitaires.

Là aussi, l'adhésion individuelle des professionnels pouvait ouvrir droit à une rémunération forfaitaire.

Selon la Cnam, il existait en 2009 un contrat de ce type pour les directeurs de laboratoire avec 856 adhésions.

Au total, le coût annuel des contrats de bonne pratique et de santé publique était estimé en 2009 à moins de 10 millions d'euros pour l'assurance maladie, dont :

- 3,5 millions pour les laboratoires au titre de la surveillance biologique des patients sous traitement par antivitamine K ;
- 2,9 millions pour promouvoir le transport partagé ;
- 1,4 million pour les médecins thermaux (forfait de dix euros par patient) ;
- 1,1 million pour les orthophonistes ;
- 0,4 million pour la mise en place d'une démarche qualité dans les laboratoires ;
- 0,4 million pour des remplacements en zone rurale ou urbaine sensible.

• La loi HPST a créé un nouveau type de contrat

L'article 118 de la loi HPST a créé **un nouveau type de contrat** de portée très générale : **les contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (Caqcs)**. Ceux-ci peuvent concerner les professionnels de santé conventionnés, les centres de santé, les pôles de santé, les établissements de santé ou d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, les maisons de santé, les services médico-sociaux et les réseaux de santé. Ils fixent des engagements et leur contrepartie financière éventuelle qui est fonction de l'atteinte des objectifs prévus.

Contrairement aux contrats de bonne pratique et de santé publique définis par les parties aux négociations conventionnelles, ces contrats sont proposés par les ARS mais doivent être conformes à un contrat-type adopté par les partenaires conventionnels. Toutefois, en l'absence d'un tel contrat-type, l'ARS établit elle-même un contrat-type régional, de fait dépourvu de cohérence nationale.

Ces contrats sont financés par les ARS sur les dotations qu'elles reçoivent au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

• **L'ordonnance de coordination d'HPST a abrogé les articles relatifs aux contrats de bonne pratique et de santé publique**

L'article 133 de la loi HPST a habilité le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi visant à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes et abroger les dispositions devenues sans objet.

Sur cette base, l'article 22 de l'ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2010 abroge les anciens contrats (contrats de bonne pratique et contrats de santé publique) et justifie cette mesure par le fait que les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins s'y substituent.

• **Le rétablissement des contrats de bonne pratique et de santé publique**

L'article 5 de la présente proposition de loi tend à rétablir les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique dans la rédaction des articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale antérieure à l'ordonnance précitée.

II - Le texte adopté par la commission

La commission avait souligné, lors de l'examen du projet de loi HPST, **les inconvénients d'une habilitation large et floue à légiférer par ordonnance**. Le Gouvernement avait alors précisé ses intentions : mise en cohérence et coordination.

Dans ce cadre, la commission estime aujourd'hui que ses inquiétudes d'alors n'étaient pas dénuées de fondement et s'étonne que le champ de l'ordonnance du 23 février 2010 ait pu s'étendre jusqu'à prendre un certain nombre de mesures comme l'abrogation des articles du code de la sécurité sociale relatifs aux contrats de bonne pratique et de santé publique. L'ordonnance pouvait légitimement supprimer le niveau régional de ces contrats du fait de la disparition des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), mais aller au-delà dépassait certainement les limites de l'habilitation accordée par le Parlement.

Sur le fond, **ces contrats présentent certes des similitudes de champ d'application mais aussi des complémentarités fonctionnelles avec les futurs Caqcs** : ils sont nationaux, alors que les Caqcs sont des déclinaisons régionales de contrats-types nationaux ; ils sont financés par l'assurance maladie, alors que les Caqcs le sont par les ARS.

En outre, les contrats de bonne pratique et de santé publique étaient **des outils** entrant dans le champ des négociations conventionnelles, parce que directement applicables pour les professionnels concernés ; ils assuraient ainsi **une utile complémentarité** avec les autres modes de rémunération. D'ailleurs, en pratique, les montants en jeu sont globalement faibles pour l'assurance maladie (environ 10 millions d'euros) mais importants pour certaines professions ou activités spécifiques, comme les médecins thermaux. Enfin, ils apportaient leur **concours à des politiques plus globales de gestion du risque ou de maîtrise médicalisée**, comme le développement du transport sanitaire partagé, poste de dépenses qui a connu des augmentations très fortes ces dernières années, ou l'implantation de médecins dans des zones sous dotées.

Dans ces conditions, le rétablissement des contrats de bonne pratique et de santé publique constitue une mesure légitime et positive.

Pour autant, il n'est juridiquement **pas possible de prévoir le rétablissement de ces dispositions par une simple référence** à la rédaction antérieure à l'ordonnance du 23 février 2010, car la loi ne serait alors guère intelligible ; qui plus est, certaines références de cette ancienne rédaction ne sont plus pertinentes soit en termes de numérotation d'articles, soit en raison de la mention à des organes ou notions qui ont disparu (exemple des Urcam). C'est pourquoi, à l'initiative de son rapporteur, la commission a adopté **un amendement** reprenant *in extenso*, en l'actualisant, la rédaction antérieure des articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 6

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

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

Objet : Cet article tend à supprimer la disposition de la loi HPST, adoptée à l'initiative de la commission, prévoyant que, lorsqu'un acte médical inclut la pose d'un dispositif médical, le praticien délivre au patient une information comprenant, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé et le prix de toutes les prestations associées.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose une réécriture complète du **premier alinéa de l'article L. 1111-3** du code de la santé publique pour lui apporter quatre modifications.

- Trois d'entre elles paraissent inutiles :

- celle qui complète, dans la deuxième phrase de l'alinéa, la mention des professionnels de santé d'exercice libéral par celle des professionnels de santé exerçant en centres de santé. En effet, ces derniers sont déjà couverts par la mention, dans la première phrase, des « services de santé publics et privés » : si l'on en juge par l'intitulé du titre du code (« *Autres services de santé* ») dans lequel est inséré l'article relatif aux centres de santé, ces derniers doivent être considérés comme des services de santé ;

- celles qui prévoient deux renvois superfétatoires à des décrets : le premier pour établir la liste des professionnels soumis à une obligation d'information qui s'impose à tous ; le second pour déterminer les conditions d'application de dispositions qui n'en ont nul besoin.

- La quatrième, en revanche, a pour objet de supprimer les éléments introduits par la loi HPST, à l'initiative de la commission, pour améliorer la transparence des éléments du coût des soins prothétiques. Transparence qui peut en outre, comme le soulignait le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) pour 2010 de la Cour des comptes, contribuer à réduire la rente liée aux importations de prothèses à bas prix, que la Cour évalue à hauteur de 160 millions d'euros.

L'article 6 de la proposition de loi propose en effet de « simplifier » le texte adopté en 2009, qui oblige à fournir au patient, de manière dissociée, le prix d'achat détaillé de l'appareillage et celui des prestations du praticien.

Selon les explications communiquées à votre rapporteur, ce dispositif serait complexe, mal appliqué et inadéquat, et le « prix d'achat » n'inclurait pas les charges qui lui sont liées, « *frais du cabinet dentaire, notamment* » - qui n'ont pourtant guère à voir avec le prix d'achat d'un dispositif fabriqué ailleurs.

C'est pour ces raisons que l'article 6 vise à substituer le terme de « coût » à celui de « prix d'achat » « *et ainsi à inclure, dans le tarif communiqué aux patients, à la fois le prix d'achat de la prothèse mais également le coût et les charges liés à la réalisation de cet acte* ».

Pourtant, souligne la Cour des comptes, « *une meilleure information ne peut qu'avoir des effets positifs. Un certain changement dans les relations entre patients et praticiens, aujourd'hui très asymétriques, n'apparaît en effet pas à redouter mais à souhaiter* ».

D'autant plus que, comme le remarque également la Cour, la prothèse ne représente qu'une part minoritaire du coût global des actes qui lui sont liés et qui rémunèrent le diagnostic, la conception, la prise d'empreinte et la pose.

Il ne paraît donc pas souhaitable de revenir sur le texte adopté en 2009 dans l'intérêt aussi bien des patients que des fabricants et des praticiens - dont beaucoup ne souhaitent pas être soupçonnés de tirer des bénéfices indus de la « vente » de prothèses à leurs patients.

On regrettera cependant qu'à la suite de l'intervention de l'ordonnance « dispositifs médicaux » du 21 mars 2010 aient été supprimées les dispositions adoptées imposant de donner au patient copie des documents garantissant la qualité et la sécurité de l'appareil.

II - La position de la commission

Pour compléter les observations qui précèdent, la commission ajoutera que le texte qu'elle a fait adopter dans le cadre de la loi HPST aurait été inutile, et l'information des patients parfaitement assurée, si avait été appliqué **l'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale** qui, depuis la LFSS pour 1999¹, fait obligation aux praticiens, lorsqu'ils font appel à un fournisseur ou à un prestataire de services, **de fournir au patient une copie du devis et de la facture** correspondant à des fournitures ou prestations.

Malheureusement, comme le regrettait, dans un avis du 1^{er} octobre 2008, le conseil national de la consommation (CNC), les arrêtés relatifs au contenu de ces documents ne sont jamais parus.

La remise du devis - moins complet que l'aurait souhaité le CNC - a été prévue par voie conventionnelle, mais pas celle de la facture.

C'est donc la carence du pouvoir réglementaire qui est à l'origine de la « complexité » du texte de 2009.

Au bénéfice de ces observations, et suivant la proposition de son rapporteur, **votre commission a supprimé cet article.**

Article 7

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

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

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

I - Le dispositif proposé

L'article L. 6323-1 du code de la santé publique, relatif aux centres de santé, dans sa rédaction issue de la loi HPST (article 53), soumet l'activité des centres de soins à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret.

¹ Loi n° 99-1194 du 23 décembre 1998.

Ce décret (n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé) a introduit, dans la partie réglementaire du code de la santé publique, un article D. 6323-10 permettant au directeur général de l'ARS (DG-ARS), lorsqu'il constate que les conditions de fonctionnement du centre de santé ne permettent pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins, de demander au directeur du centre de lui faire connaître ses observations et les mesures qu'il envisage de prendre. Si cette demande reste sans effet, il peut lui enjoindre de prendre les dispositions nécessaires dans un certain délai, puis en constater l'exécution.

Ce décret ne lui donne cependant pas de moyens très efficaces en cas d'inertie persistante du directeur du centre.

C'est pourquoi la proposition de loi propose de donner au directeur général de l'ARS la possibilité de suspendre l'activité du centre, voire de le fermer.

On notera cependant que le texte proposé ne définit pas les motifs qui pourraient justifier ces mesures, ni les conditions dans lesquelles elles pourraient être prises.

En outre, l'ouverture des centres de santé n'est pas soumise à autorisation du DG-ARS, et il n'est donc pas possible de lui permettre de prononcer sa fermeture.

II - Le texte adopté par la commission

Le silence de la loi prive le DG-ARS de moyens d'action efficaces, pour imposer le respect des règles de bon fonctionnement d'un centre de santé, même s'il faut rappeler que ces centres signent en principe des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et peuvent avoir besoin d'une autorisation pour certains « grands équipements », ce qui ne laisse donc pas le DG-ARS tout à fait démuni.

Certes, comme on l'a indiqué, il ne paraît pas possible de lui permettre d'ordonner la fermeture d'un centre.

Pour autant, il est tout à fait nécessaire de lui donner les moyens, d'une part, de prévenir tout danger pour la santé publique, d'autre part, d'assurer qu'un centre de santé ne puisse pas fonctionner s'il n'est pas, ou ne se met pas, en condition de le faire dans des conditions offrant toutes garanties de sécurité.

A l'initiative de son rapporteur, votre commission a donc adopté un **amendement** proposant une nouvelle rédaction de cet article afin :

- de préciser les conditions dans lesquelles le DG-ARS pourra intervenir ;

- de lui permettre de suspendre l'activité des centres en cas de danger immédiat pour la sécurité des patients ;

- de conditionner la reprise de l'activité à la mise en conformité du centre avec les exigences de qualité et de sécurité des soins ;

- et par ailleurs, de supprimer la disposition transitoire qui était prévue à la fin du dernier alinéa de l'article L. 6323-1.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 8

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

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

Objet : Cet article tend à mettre de côté le mécanisme de définition des priorités orientant les aides forfaitaires aux réseaux de santé.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, et depuis la création du Fiqcs par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹, le comité national de gestion de ce fonds, composé de représentants de l'Etat et du collège des directeurs de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) était compétent, conjointement avec les missions régionales de santé, remplacées désormais par les ARS, pour orienter la prise en charge forfaitaire de tout ou partie des dépenses des réseaux de santé vers des objectifs prioritaires, afin de favoriser une certaine cohérence au niveau national des actions entreprises.

Les réseaux de santé, qui ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, sont constitués par des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, des organisations à vocation sanitaire ou sociale et des représentants d'usagers.

Les financements des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils peuvent bénéficier, entre autres sources de financement, sont pris en compte dans l'Ondam.

Ces financements, qui peuvent être versés aux professionnels de santé ou directement à l'organisme gestionnaire du réseau, peuvent déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux rémunérations versées par les assurés sociaux aux professionnels de santé, à la définition des frais couverts par l'assurance maladie, au paiement direct des honoraires par le patient, à la participation de l'assuré.

¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

Il ne paraît pas souhaitable que ces aides puissent être accordées par les ARS sans aucune référence à des priorités permettant de développer des actions centrées sur des thèmes tels que la permanence des soins, ou le développement d'expériences de prises en charge (ainsi l'association des podologues à la prise en charge du « pied diabétique ») destinées à être généralisées. Cette généralisation peut en effet se faire plus vite, et dans de meilleures conditions, si elle s'appuie sur un certain nombre de régions.

A l'inverse, la dispersion des actions et des priorités ne facilite pas la mutualisation des expériences, ni la définition dans des conditions optimales de nouveaux actes susceptibles d'être pris en charge.

Elle rend aussi plus difficile d'évaluer les résultats obtenus, et de contenir les coûts de cette évaluation.

Au total, cette dispersion conduit à ne pas utiliser au mieux des crédits. Elle se traduit par d'importantes « marges de progression » et une certaine hétérogénéité dans les résultats obtenus.

Les financements accordés aux initiatives locales en matière d'offres de soins, la multiplication et l'enchevêtrement des acteurs intervenant dans ce domaine, la définition des critères d'octroi des aides, et surtout le contrôle de l'utilisation de ces aides, appellent une réflexion et des mesures d'ensemble, et non des mesures ponctuelles qui ne peuvent qu'ajouter à la confusion et à un déficit d'efficacité.

II - Le texte adopté par la commission

Votre commission estime urgent que s'engage une réflexion d'ensemble sur le financement des structures diverses impliquées dans la coordination de l'offre de soins, juge indispensable que les aides du Fiqcs aux dépenses des réseaux de santé, qui représentent 83 % des aides totales financées par le fonds (en 2009), soient employées au mieux, et attribuées selon des critères cohérents d'une région à l'autre.

Il est tout aussi indispensable que l'utilisation de ces aides - et leur utilité - soit évaluée de façon approfondie et homogène sur l'ensemble du territoire national.

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

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

A l'initiative de son rapporteur, **la commission a donc supprimé cet article.**

Article 9
(art. L. 6141-7-3 du code de la santé publique)

Fondations hospitalières

Objet : Cet article a pour objet d'aménager le statut des fondations hospitalières créées par la loi HPST.

I - Le dispositif proposé

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

Aux termes de cet article, des fondations hospitalières peuvent être créées par les établissements publics de santé ; elles sont dotées de la personnalité morale ; elles bénéficient de l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs, afin de concourir à des missions de recherche ; elles disposent de l'autonomie financière. Il est également précisé que les règles applicables aux fondations d'utilité publique s'appliquent aux fondations hospitalières, sous réserve des dispositions de l'article L. 6141-7-3.

Celles-ci sont ainsi décrites : un décret en Conseil d'Etat doit déterminer les règles générales de fonctionnement de ces fondations, en particulier en ce qui concerne les modalités d'exercice du contrôle de l'Etat et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.

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

Le présent article propose de modifier ce dispositif au motif, développé dans l'exposé des motifs de la proposition de loi, que « *la procédure de création des fondations d'utilité publique est trop complexe* » et « *son mode de gouvernance inadapté pour parvenir au but recherché.* »

En outre, en examinant le projet de décret d'application que lui soumettait le Gouvernement, le Conseil d'Etat a considéré que la rédaction de la loi HPST ne permettait pas aux fondations hospitalières de s'affranchir aussi largement des règles applicables aux fondations d'utilité publique.

Dans ce contexte, le présent article propose de modifier l'article L. 6141-7-3, de manière à prévoir :

- l'approbation par décret des statuts des fondations hospitalières ;
- l'attribution aux fondateurs de la majorité des sièges au conseil d'administration de la fondation ;

- le pouvoir du directeur général de l'agence régionale de santé de contrôler les fonds affectés à la fondation par le ou les établissements publics hospitaliers ;

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

II - Le texte adopté par la commission

En cherchant ainsi à affranchir explicitement les fondations hospitalières des règles applicables aux fondations d'utilité publique, le présent article revient tant sur la lettre que sur l'esprit de la loi HPST.

Les dérogations proposées présentent de nombreux inconvénients :

- attribuer la majorité des sièges du conseil d'administration de la fondation aux fondateurs représenterait une entorse très substantielle au droit des fondations et risquerait de provoquer des conflits d'intérêts contre lesquels rien ne semble par ailleurs prévu ni envisagé, de même qu'en matière de responsabilité et de prévention des risques ;

- l'utilisation des moyens financiers des hôpitaux publics paraît également très insuffisamment encadrée.

Par ailleurs, les fondations de coopération scientifique, instituées par la loi du 18 avril 2006, permettent déjà parfaitement de créer des fondations dans le domaine de la recherche hospitalière. Il apparaît dès lors légitime de s'interroger sur la nécessité de créer, en urgence, une nouvelle catégorie de fondation dans un cadre juridique aussi incertain.

Une réflexion plus approfondie est indispensable pour clarifier ce que l'on attend réellement de ce nouvel outil juridique, du rôle que l'on souhaite donner à ces fondations dans le développement - certainement nécessaire - de la recherche médicale au travers des établissements hospitaliers, ainsi que, plus généralement, sur l'organisation de la recherche publique au sein des établissements publics de santé.

Votre commission a donc décidé de s'en tenir au texte en vigueur de la loi HPST et, à l'initiative de son rapporteur, a supprimé cet article.

Article 9 bis

(art. L. 4113-6-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins

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

• Le **paragraphe I** de cet article additionnel propose de prévoir cette obligation de publication dans un **article L. 4113-6-1 (nouveau)** inséré dans le code de la santé publique. Ces informations seraient mises à la disposition du public par le Conseil national de l'ordre des médecins, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

• Le **paragraphe II** fixe son entrée en vigueur au plus tard le 31 décembre 2012.

Le rapport de la commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêts dans la vie publique, « Pour une nouvelle déontologie de la vie publique », remis au Président de la République le 26 janvier dernier, montre bien que le problème des conflits d'intérêts ne se limite pas à la sphère de la santé publique.

Le présent amendement, qui se limite au secteur de compétence de la commission et entend rester dans le cadre du texte qui lui est soumis, ne doit donc pas être compris comme une quelconque stigmatisation de l'expertise sanitaire française et encore moins du corps médical.

Il s'inscrit dans la ligne des réflexions et des travaux de la commission, et d'abord du rapport remarqué de la mission d'information qu'elle avait créée en 2005¹ et qui avait analysé la problématique de l'indépendance de l'information et de l'expertise et avait recommandé la publication par les laboratoires de la liste des associations qu'ils subventionnent.

Il s'inscrit également dans un triple contexte résultant :

- des travaux de la commission d'enquête du Sénat sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1)v, qui avait proposé d'« *Organiser un fichier national des*

¹ « Médicament : recréer la confiance », rapport d'information de Marie-Thérèse Hermange et Anne-Marie Payet au nom de la mission d'information de la commission des affaires sociales présidée par Gilbert Barbier, Sénat n° 382(2005-2006).

contrats passés entre l'industrie et les médecins tenu par le Conseil national de l'ordre »¹ ;

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

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

Sans préjuger des mesures annoncées par le ministre, ni des préconisations que feront les missions d'information récemment constituées par le Sénat et l'Assemblée nationale sur le Mediator², cet amendement propose un premier pas dans cette direction.

Mais il convient aussi de noter que l'intérêt de la démarche proposée n'est pas seulement éthique.

En effet, les Etats américains qui appliquent déjà des *Sunshine Acts* ont constaté qu'ils entraînaient une nette diminution des rémunérations et avantages offerts par les laboratoires, en même temps que des progrès dans la transparence : le Vermont, qui impose la publication des versements et avantages consentis par l'industrie aux professionnels et établissements de santé, associations de patients et autres depuis 2002, a constaté que leur montant global a baissé régulièrement, passant de 4 millions à 2,9 millions de dollars en cinq ans, tandis que le nombre des entreprises déclarant des dépenses de cette nature croissait de cinquante-quatre à soixante-dix-huit.

La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

¹ Proposition n° 12, cf. rapport Sénat n° 685 (2009-2010).

² Au Sénat : Mission commune d'information « Mediator : évaluation et contrôle des médicaments »

A l'Assemblée nationale : Mission d'information sur le Mediator et la pharmacovigilance.

Article 10

(art. L. 3131-2, L. 3131-5, L. 3131-6, L. 3131-10, L. 3131-11, L. 3132-1, L. 3132-3, L. 3133-1, L. 3133-7, L. 3134-1, L. 3134-2, L. 3134-6, L. 3135-1 du code de la santé publique)

Réforme de la réserve sanitaire

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

I - Le dispositif proposé

Cet article apporte des modifications d'importance inégale aux dispositions du titre III (« Menaces sanitaires graves ») du livre I^{er} (« Lutte contre les maladies transmissibles ») de la troisième partie (« Lutte contre les maladies et dépendances ») du code de la santé publique.

Il est divisé en cinq paragraphes rassemblant les modifications proposées aux cinq premiers chapitres du titre III, aucune n'étant prévue au dernier chapitre, consacré aux dispositions pénales.

• Le **paragraphe I** regroupe des modifications proposées aux dispositions du chapitre I^{er}, relatif aux mesures d'urgences.

- Le **1^o** tend à supprimer, à l'**article L. 3131-2**, la définition par décret en Conseil d'Etat des modalités de consultation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur les mesures prises pour lutter contre les menaces sanitaires graves, en application de l'article L. 3131-1.

Cette suppression serait justifiée par la difficulté de fixer par avance ces modalités de consultation, la gestion d'une crise devant pouvoir être adaptée en permanence à son évolution.

Le HCSP devrait ainsi pouvoir être consulté par le ministre de la santé dès que cela lui apparaîtrait nécessaire.

- Le **2^o** apporte, à l'**article L. 3131-5**, des aménagements terminologiques.

- Le **3^o** tend à abroger l'**article L. 3131-6**, qui prévoit l'élaboration d'un « plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire ». C'est désormais le schéma régional de prévention prévu à l'article L. 1434-5 qui organise l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire.

- Le **4^o** de l'article propose des modifications rédactionnelles à l'**article L. 3131-10**.

- Enfin, le 5° et le 6° (**article L. 3131-11**) prévoient l'institution d'un plan zonal de mobilisation, sur la base des plans blancs élargis des départements, intégrant les moyens matériels déployés par l'Eprus sur ses plates-formes zonales - dont la gestion de la grippe H1N1 a permis d'avancer la mise en place.

- Les modifications apportées par le **paragraphe II** sont celles qui concernent le plus directement la constitution et l'organisation du corps de la réserve sanitaire (chapitre II du titre III).

- Le 1° modifie l'intitulé du chapitre pour supprimer la notion de « corps » de la réserve sanitaire, sans que l'on puisse mesurer très précisément les conséquences de cette suppression. La modestie actuelle des effectifs de la réserve (400 réservistes environ) peut cependant inciter à s'orienter vers un dispositif moins formalisé d'engagement dans la réserve, et davantage vers le recensement des personnels susceptibles d'être rapidement mobilisés en cas de besoin et en tant que de besoin.

- Les modifications apportées par le 2° à l'**article L. 3132-1** suppriment, dans la même logique, la distinction prévue en 2007 entre les deux composantes de la réserve sanitaire : la réserve d'intervention, d'une part, appelée en priorité et dont les membres, soumis à des règles de formation et de perfectionnement spécifiques, ont vocation à effectuer des missions à l'étranger, la réserve de renfort, d'autre part, destinée prioritairement à faire face à des crises sanitaires ou aux conséquences d'un événement de longue durée sur le territoire national.

Elles ajoutent enfin les ARS à la liste des autorités administratives ou établissements auxquels la réserve a vocation à apporter un renfort.

La disposition du 3° tire les conséquences de ces modifications au niveau de l'**article L. 3132-3**, relatif aux modalités d'application des dispositions du chapitre II.

- Le **paragraphe III** supprime, dans deux articles du chapitre III, relatif aux dispositions applicables aux réservistes sanitaires, des dispositions considérées comme de nature réglementaire :

- les deux derniers alinéas de l'**article L. 3133-1**, qui identifient l'organisme responsable du versement des différentes rémunérations et indemnités dont peuvent bénéficier les réservistes (à savoir l'Eprus) ;

- le 5° de l'**article L. 3133-7** (modalités d'application des dispositions du chapitre III) qui renvoie à une disposition déclassée de l'article L. 3133-1.

- Le 1° et le 2° du **paragraphe IV** (modifications des dispositions du chapitre relatif aux modalités d'emploi de la réserve) concernent :

- un allègement des dispositions de l'**article L. 3134-1**, dont certaines, relatives aux règles de recours à la réserve, étaient redondantes avec celles de l'article L. 3132-1. Il est également prévu que l'arrêté de mobilisation de la réserve, pris par les ministres chargés de la santé et de la

sécurité civile, ne précise plus les effectifs de réservistes mobilisés, laissant ainsi la latitude aux préfets ou aux directeurs généraux des ARS d'ajuster ces effectifs, en fonction des besoins et aussi de l'organisation en équipes des réservistes ;

- l'adaptation de la répartition des compétences en matière d'affectation des réservistes à celle désormais prévue entre les préfets de département et le directeur général de l'ARS. L'affectation des réservistes peut également être opérée par le représentant de l'Etat dans la zone de défense si « *la situation sanitaire ou l'afflux des victimes le justifie* ».

Le 3^o apporte deux modifications plus substantielles au dispositif en prévoyant de « compléter » si nécessaire les ressources de la réserve, mais aussi en permettant un élargissement notable des conditions de recours à l'ensemble des moyens ainsi définis (**article L. 3134-2-1 [nouveau]** du code de la santé publique).

Cet article nouveau prévoit en premier lieu que les effectifs de la réserve pourront être complétés par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé, aux termes de conventions passées à cette fin entre l'Eprus et ces établissements.

Un tel dispositif peut en effet se justifier, lorsqu'il est nécessaire, dans certains cas, de disposer de personnels présentant des qualifications professionnelles spécifiques qui ne se trouveraient pas, ou pas en nombre suffisant, parmi les membres de la réserve. Il serait cependant souhaitable d'être assuré que ces recrutements ne seront imposés ni aux établissements ni aux personnels considérés et ne pèseront pas à l'excès sur le fonctionnement de certains établissements ou services.

En second lieu, l'article L. 3134-2-1 élargit considérablement les hypothèses d'emploi de la réserve - et de ses éventuels renforts - en prévoyant que ces moyens pourront être utilisés pour « *répondre à des situations de tension dans le système sanitaire* ».

L'imprécision de la définition de ce nouveau cas d'appel à la réserve peut inquiéter. **Les tensions dans le système sanitaire peuvent en effet être d'importance ou d'intensité variables, et de nature fort diverse** : fluctuations saisonnières de la population dans les régions touristiques, vacances de postes, indisponibilités momentanées de certains personnels, etc.

On voit que cette formulation permettrait, à la limite, de transformer les réservistes ou les personnels hospitaliers recrutés par l'Eprus en « **personnels volants** » auxquels on pourrait recourir dans des circonstances ne présentant pas toutes les caractéristiques d'une « *menace sanitaire grave* ».

- Enfin, le **paragraphe V** prévoit une modification de coordination.

II - Le texte adopté par la commission

Votre commission ne peut que regretter que la réserve sanitaire, créée par la loi, d'origine sénatoriale, de préparation du système sanitaire à des menaces de grande ampleur¹ n'ait pas, apparemment, donné tous les résultats que l'on pouvait en attendre.

Sans doute cette situation est-elle en partie imputable à la récente création de l'Eprus, gestionnaire de la réserve, et dont les moyens n'ont que progressivement « monté en charge ». Elle peut tenir aussi à la difficulté grandissante, très justement analysée par un récent et excellent rapport d'information de la commission des affaires étrangères du Sénat², de l'engagement citoyen « *dans une société qui demande un engagement accru des jeunes adultes dans leur vie professionnelle et dans leur vie familiale* ».

Pour autant, l'expérience de la pandémie H1N1 a montré que la réserve sanitaire, telle qu'elle était conçue, était peu adaptée aux besoins, même si de très nombreux volontaires ont apporté, en dehors de ce cadre, leur concours à la campagne de vaccination, ce qui peut militer en faveur d'une organisation plus légère, mais susceptible de mobiliser rapidement des effectifs plus importants - qu'il faudra cependant bien pouvoir encadrer...

En tout état de cause, votre commission n'estime ni souhaitable ni utile de « banaliser » le recours à la réserve ou à d'autres volontaires, et juge qu'une évolution de la réserve sanitaire vers un rôle de variable d'ajustement des « tensions sur le système sanitaire » n'est pas une tendance à encourager.

- Elle a donc adopté, à l'initiative de son rapporteur, **un amendement** de suppression de la disposition de cet article qui lui paraît comporter ce risque.

- Elle a également adopté, à l'initiative du Gouvernement, **un amendement** au 1^o du IV de cet article, permettant de recourir à la réserve sanitaire par arrêté du seul ministre chargé de santé, et non plus par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Loi n° 2007-294 du 7 mars 2007.

² « Pour une réserve de sécurité nationale, rapport d'information n° 174, Sénat (2010-2011) fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, par Michel Boutant et Joëlle Garriaud-Maylam.

Article 11

(art. L. 3116-5 du code de la santé publique)

Lutte contre la propagation internationale des maladies

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

I - Le dispositif proposé

L'article 107 de la loi HPST a inscrit, aux articles L. 3115-1 et suivants du code de la santé publique, les dispositions nécessaires à la mise en œuvre par la France du règlement sanitaire international de 2005 élaboré dans le cadre de l'OMS et auquel la France est partie. Ce règlement, applicable au niveau international depuis juin 2007, a fourni un nouveau cadre pour coordonner l'action des Etats en cas d'événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; il a notamment rendu les pays mieux à même de déceler, d'évaluer et de signaler les menaces pour la santé publique et d'y faire face.

A cet effet, un nouveau chapitre a été inséré au titre I du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique, intitulé « *Lutte contre la propagation internationale des maladies* ».

Au sein de celui-ci, l'article L. 3115-1 précise que le contrôle sanitaire aux frontières est régi à la fois par des règlements internationaux et par des lois nationales. Les pouvoirs des agents exerçant les contrôles aux points d'entrée sur le territoire y sont également définis.

L'article L. 3115-2 prévoit une obligation d'information des voyageurs sur les risques sanitaires de la part des transporteurs et agences de voyage avant un voyage international ainsi qu'une communication aux autorités sanitaires des moyens d'identification des passagers soumis à des risques graves dont ces entreprises auraient connaissance après un tel voyage.

L'article L. 3115-3 énumère les différentes dispositions qui doivent être déterminées par décret en Conseil d'Etat, notamment pour l'application du règlement sanitaire international de 2005.

Le présent article propose, d'une part, de compléter ce dispositif, d'autre part, de le modifier sur un point particulier :

- le 1^o ajoute un nouvel article au chapitre V ainsi décrit afin de spécifier explicitement que **les frais résultant de l'application des mesures prises par les autorités sanitaires** pour lutter contre la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles, notamment en cas d'immobilisation d'un moyen de transport, **sont à la charge des exploitants des moyens de transport concernés** ; selon l'exposé des motifs de la proposition de loi, il s'agit d'éviter les contentieux que des transporteurs

pourraient être tentés d'engager à l'encontre des autorités prenant une décision d'immobiliser un moyen de transport ;

- le 2° modifie l'article L. 3116-5 relatif aux **sanctions pénales** auxquelles s'exposent les fonctionnaires et agents publics, commandants de navires ou d'avions et médecins qui n'auraient pas respecté leur obligation de signaler certains faits, en visant non plus l'ensemble des textes mentionnés à l'article L. 3115-1 mais seulement le règlement sanitaire international mentionné à cet article.

II - Le texte adopté par la commission

Votre commission approuve les deux précisions apportées par cet article et notamment celle qui tend à mieux définir le champ d'application de la sanction pénale prévue pour les personnes qui ne respectent pas l'obligation de signalement d'événements sanitaires graves ou inhabituels.

Toutefois, contrairement à ce que semble indiquer le 2°, l'article L. 3115-1 ne vise pas explicitement le règlement sanitaire international de 2005 mais, d'une manière plus large, les divers règlements sanitaires de l'OMS, ainsi que les arrangements internationaux, les lois et règlements « *intervenus ou à intervenir* », ce qui n'est pas satisfaisant.

Votre rapporteur propose donc de **faire plus clairement référence aux cas dans lesquels il y a obligation de déclaration auprès des autorités sanitaires**, c'est-à-dire en application des articles L. 3115-2 et L. 3115-3 qui reprennent les principes du règlement sanitaire international de 2005.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 12

Dispense du consentement exprès des personnes concernées à l'hébergement des données de santé déjà collectées par les établissements de santé

Objet : Cet article a pour objet de dispenser les établissements de santé de recueillir le consentement exprès des personnes concernées à l'hébergement de toutes les données de santé collectées avant la date d'entrée en vigueur de la proposition de loi.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait suite à la modification par la loi HPST de l'**article L. 1111-8** du code de la santé publique et a, comme elle, l'ambition de pouvoir l'appliquer à un objet assez étranger à l'hébergement des données de santé

numérisées : le transfert à des tiers des dossiers médicaux sur support papier détenus par les établissements de santé « *pour des raisons de place* »¹.

Lors de l'examen de la loi HPST, ce souci pratique avait conduit à étendre le champ d'application de l'article L. 1111-8 au détriment de sa cohérence.

Il est aujourd'hui considéré qu'il devrait légitimer une atteinte à un droit de valeur constitutionnelle.

• La loi HPST et l'extension de l'article L. 1111-8 aux données médicales conservées sur papier

L'article L. 1111-8 du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002² et plusieurs fois modifié, traitait à l'origine de l'hébergement des données informatisées de santé, qui est la condition de leur partage.

Il autorise les professionnels et établissements de santé - ainsi que les personnes concernées - à « *déposer* » des données de santé à caractère personnel recueillies ou produites à l'occasion d'« *activités de prévention, de diagnostic ou de soins* » auprès de personnes morales agréées à cet effet.

L'hébergement ne peut avoir lieu qu'avec « *le consentement exprès* » de la personne concernée.

Afin de remédier aux difficultés qu'éprouveraient les établissements de santé à conserver sur place les dossiers médicaux sur support papier de leurs patients, le ministère de la santé avait souhaité, sur le fondement de cet article, prendre un décret leur permettant d'externaliser la conservation de ces archives.

Le Conseil d'Etat ayant objecté que ce texte ne pouvait, en l'état, s'appliquer qu'à l'hébergement de données informatisées, la loi HPST a permis de lever cette objection.

Grâce à l'adoption de l'amendement précité, le champ d'application de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique a en effet été étendu, à l'occasion de la loi HPST, à l'« *hébergement de données quel qu'en soit le support, papier ou informatique* ».

Cette modification a abouti à un texte quelque peu dépourvu de sens, car l'hébergement est une activité de commerce électronique mais, de toute évidence, l'essentiel n'était pas là.

• L'article 12 du projet de loi et la « présomption de consentement » à l'hébergement des données de santé

L'article L. 1111-8 ayant été modifié, et l'hébergement des données de santé sur support papier ayant ainsi trouvé une base légale, un nouveau projet de décret fut présenté au Conseil d'Etat.

¹ Exposé des motifs de l'amendement n° 1154, déposé par M. Yves Bur.

² Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La Haute Assemblée, décidément vétilleuse, souleva une nouvelle question.

Le Gouvernement avait prévu une disposition précisant que le consentement des patients au transfert des données personnelles de santé déjà collectées par les établissements de santé serait réputé accordé. Or, cette disposition méconnaissait les dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, qui exige le consentement exprès des intéressés.

On peut également rappeler à ce sujet que la décision du Conseil constitutionnel, sur la loi du 4 août 2004 relative à l'assurance maladie¹, a rappelé que « *la liberté proclamée par l'article 11 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen implique le droit au respect de la vie privée ; que ce droit requiert que soit observée une particulière vigilance dans la collecte et le traitement des données à caractère personnel de nature médicale* ». Le Conseil constitutionnel a également considéré, à propos du dossier médical personnel (DMP), que le renvoi aux dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, dont il résulte que l'hébergement des données et la possibilité d'y accéder seront soumis au consentement de la personne concernée, constituait un élément important de la conciliation, « *qui n'apparaît pas manifestement déséquilibrée* », opérée par le législateur entre les exigences constitutionnelles en cause.

Ce n'est cependant pas exactement sous cet angle que le ministère de la santé semble envisager le consentement à l'hébergement des données de santé, davantage perçu comme un obstacle à l'externalisation des dossiers « papier » des patients des hôpitaux.

Le dispositif, curieusement rédigé, de l'article 12 de la proposition de loi a donc pour objet de lever cet obstacle.

A cette fin, il est proposé de prévoir qu'« *à compter de la promulgation* »² de la proposition de loi, ce consentement serait « *réputé accordé* » pour le transfert des données « *actuellement hébergées* »³ par les établissements de santé, sans d'ailleurs qu'il soit fait de distinction entre données numérisées et dossiers « papier ».

Selon les explications obtenues auprès de la direction générale de l'organisation des soins, ce texte signifierait que toute personne ayant quitté l'hôpital avant l'entrée en vigueur de la proposition de loi serait réputée avoir consenti à l'externalisation de son dossier médical, « *quel qu'en soit le support* ».

Le consentement requis par la loi ne serait donc demandé qu'aux personnes hospitalisées à cette date, ou postérieurement (on notera que nul ne semble s'être soucié de le recueillir, pour les données papier, depuis l'entrée

¹ Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004.

² Apparemment considérée, à tort, comme marquant son entrée en vigueur.

³ Ou, plus exactement, recueillies ou produites.

en vigueur de la loi HPST, et aucune information n'a été communiquée sur le recueil du consentement à l'hébergement des données numériques).

Cette solution aurait été retenue parce qu'il serait impossible, selon le ministère, de retrouver toutes les personnes concernées, les établissements de soins devant conserver pendant vingt ans les dossiers des patients.

Il est fâcheux que l'on ne se soit pas posé cette question d'emblée, ce qui aurait peut-être permis de réaliser que **la loi relative à l'hébergement des données de santé ne pouvait offrir une réponse appropriée au souhait des hôpitaux de se débarrasser des dossiers qu'ils jugent encombrants**, et dont on n'a pas pensé non plus que beaucoup d'entre eux n'étaient sans doute pas en état d'être déposés en l'état dans une entreprise d'archivage.

La question du droit des patients d'accéder « *à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit par des professionnels ou établissements de santé* » (article L. 1111-7 du code de la santé publique) n'a pas non plus, apparemment, été prise en compte.

II - Le texte adopté par la commission

La légèreté avec laquelle l'administration du ministère de la santé a imaginé pouvoir utiliser les dispositions du code de la santé publique sur l'hébergement des données de santé pour décharger les établissements de santé du soin de conserver les dossiers de leurs patients a de quoi surprendre, mais surtout inquiéter, car elle donne une piètre idée de l'attention qu'elle porte aux questions de déontologie médicale et à la protection des droits des patients.

Au moment où le ministre du travail, de l'emploi et de la santé vient d'annoncer l'« amorçage » du dossier médical personnel (DMP), **de semblables démarches ne sont pas de nature à inciter les citoyens à faire confiance à cet outil et à prendre conscience de ses avantages potentiels en termes de coordination des soins et de développement du dialogue entre patient et médecin.**

On ne peut en tout cas que constater que la mesure proposée constituerait à la fois un détournement des dispositions législatives relatives à l'hébergement des données de santé et une très grave atteinte aux droits des très nombreux patients concernés.

Sur la proposition de son rapporteur, **votre commission a donc supprimé cet article.**

Article 13

(art. L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale)

**Fixation de la dotation annuelle de financement
de l'Institution nationale des invalides**

Objet : Cet article a pour objet de donner compétence au directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France pour la fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides.

I - Le dispositif proposé

Actuellement, l'article L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale prévoit que les dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides (Ini) sont, comme pour le service de santé des armées, financées sous la forme d'une dotation à caractère limitatif dont le montant est fixé chaque année par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le présent article modifie ce dispositif en conférant au directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France le pouvoir de fixer chaque année la dotation attribuée à l'Ini au titre des dépenses d'hospitalisation de ses activités de soins. Cette dotation conserverait son caractère limitatif ; toutefois, elle ne serait plus versée par la caisse nationale militaire de sécurité sociale mais par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement.

Le dispositif proposé rend par ailleurs applicable à l'Ini l'article L. 174-3 qui définit les conditions dans lesquelles la tarification de base de certaines prestations est fixée par arrêté.

II - Le texte adopté par la commission

Votre commission comprend l'intention exprimée par cet article qui vise à poursuivre le rapprochement de cet organisme avec les règles du droit commun.

Une telle modification n'apparaît toutefois pas justifiée compte tenu de **la spécificité des missions de l'Ini** qui a une vocation nationale, sa mission étant d'accueillir et de soigner les combattants âgés, malades ou blessés au service de la patrie.

En matière d'offre de soins, l'institution doit, à titre principal, délivrer des soins à ces mêmes personnes ; ce principe est inscrit à la fois dans le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, à son article L. 529, et dans le code de la santé publique, à son article L. 6112-2. De manière accessoire seulement, l'institution peut dispenser une offre de soins à d'autres assurés sociaux.

Cette particularité des missions de l'Ini, récemment confirmée par les services du Premier ministre, conduit votre rapporteur à estimer **préférable de s'en tenir au droit actuel**, étant entendu que le caractère limitatif de la dotation n'est pas modifié.

Votre commission a, en conséquence, supprimé cet article.

Article 14 A (nouveau)

(art. L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique)

Abrogation des dispositions du code de la santé publique relatives au groupement de coopération sanitaire-établissement

Objet : Cet article additionnel, inséré à l'initiative du rapporteur, a pour objet d'abroger les dispositions du code de la santé publique relatives aux groupements de coopération sanitaire (GCS) érigés en établissements de santé.

Lors de la discussion de la loi HPST, la commission des affaires sociales avait très favorablement accueilli la volonté du Gouvernement de clarifier les dispositions relatives aux GCS, devenues assez peu lisibles à la suite des nombreuses modifications intervenues depuis leur création en 1996. Elle s'était donc attachée à remettre en ordre les articles du code de la santé publique relatifs à cet outil déjà éprouvé de coopération, notamment entre établissements publics et privés de santé, qui est alors devenu le « GCS de moyens ».

Elle avait en revanche émis de sérieuses réserves sur la viabilité du « GCS-établissements de santé », dont le projet de loi proposait la création, faisant ainsi suite à quelques tentatives antérieures qui avaient surtout démontré que l'entreprise pouvait se heurter à de réelles difficultés.

Après avoir supprimé les dispositions relatives à ces « établissements de santé du troisième type », elle avait cependant renoncé à s'opposer à leur rétablissement en séance publique, en prenant acte des aménagements apportés à leur rédaction.

Depuis l'adoption de la loi HPST, cependant, elle demeure peu convaincue des potentialités de ce nouvel instrument.

Il lui semble en effet que sont demeurées sans réponse les questions qu'elle avait soulevées.

Comment transformer un GCS en établissement sans prévoir le transfert au nouvel établissement des moyens mis à la disposition de l'ancien groupement par ses membres ?

Peut-on imaginer qu'un établissement puisse durablement fonctionner avec des moyens - bâtiments, équipements, personnels, etc. - simplement mis à disposition par d'autres établissements ?

Comment - car il apparaît juridiquement, et pratiquement, impossible de faire autrement - transformer un groupement de coopération en une personne morale pouvant avoir pour objet d'exercer les missions d'un établissement de santé (ce qui, en bonne logique, devrait exiger une dissolution préalable du groupement) ?

Que deviendraient les anciens membres du GCS, qui ne seraient plus les bénéficiaires de l'exploitation des moyens mis à disposition du GCS ?

La création de nouveaux établissements par scissiparité est-elle une réponse aux nécessités de la restructuration de l'offre de soins hospitaliers ?

Et comment, enfin, si l'on érige en établissement un GCS « mixte », résoudre les problèmes de transferts de propriété - et de personnels - du public au privé ou du privé au public ?

Les GCS-établissements font un peu figure, il faut l'avouer, de « monstres juridiques », et inquiètent beaucoup certaines fédérations hospitalières, au point que les coopérations public-privé sous la forme de GCS semblent aujourd'hui susciter des réticences.

Jean-Pierre Fourcade, lorsque la commission des affaires sociales l'avait entendu en tant que président du « comité de suivi » de la loi HPST, n'avait lui-même pas paru persuadé du caractère opérationnel de la formule du GCS-établissement.

Du reste, on observera que sa proposition de loi donne l'exemple en coupant court à toute éventualité de l'apparition de groupements de coopération-établissements dans le secteur médico-social...

Il semble donc préférable de le suivre dans cette voie et d'abroger les dispositions du code de la santé publique qui ont créé le GCS-établissement de santé, pour laisser se développer à nouveau sur le terrain des coopérations fructueuses dans le cadre des GCS de moyens.

Votre commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 14

(art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles)

Groupement de coopération sociale ou médico-sociale

Objet : Cet article a pour objet de sécuriser le statut juridique des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS).

I - Le dispositif proposé

1°) Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale

• La coopération sociale et médico-sociale

Le principe d'une coopération sociale et médico-sociale n'est pas nouveau. En effet, il figurait déjà dans la loi n° 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, mais était peu exploité. La loi du n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a permis de redynamiser la coopération entre les différents intervenants du secteur en introduisant à côté d'outils de coopération existants (notamment la convention, le groupement d'intérêt économique - GIE -, le groupement d'intérêt public - GIP -), un nouvel outil : le **groupement de coopération sociale et médico-sociale** (GCSMS).

Inspiré du groupement de coopération sanitaire (GCS), le GCSMS ne voit son rôle clarifié qu'à l'occasion de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées avant que le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 ne vienne fixer les modalités de sa mise en œuvre. La loi HPST et l'ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2010 sont venues récemment compléter le dispositif.

Le GCSMS est aujourd'hui, à côté du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), **un instrument privilégié** par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) **pour restructurer le secteur social et médico-social**, dans un contexte sociodémographique caractérisé par le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins en termes de prise en charge de la dépendance.

• Les membres du GCSMS

Aux termes de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, le GCSMS peut être constitué entre :

- les professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ;

- les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dotés de la personnalité morale ;

- les personnes morales gestionnaires de droit public ou de droit privé ;

- les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique.

Des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents peuvent être associés, par convention, au GCSMS.

Le fonctionnement du GCSMS est régi par une « convention constitutive » conclue entre les membres qui le créent.

• Les missions du GCSMS

Le GCSMS dispose de **missions communes** aux autres formes de coopération existantes, mais également des **missions spécifiques**.

Tout comme le groupement d'intérêt économique (GIE) et le groupement d'intérêt public (GIP), le GCSMS peut permettre à ses membres :

- d'exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale :

- de créer et de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités ;

- de faciliter ou d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations, notamment par le développement et la diffusion de procédures, de références ou de recommandations de bonnes pratiques, en lien avec les travaux de l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm) ;

- de définir ou proposer des actions de formation à destination de leurs personnels.

Il peut en outre assurer des **missions spécifiques**, qui sont :

- de permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

- **d'être autorisé, à la demande de ses membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements sociaux et médico-sociaux et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;**

- d'être chargé de procéder à des regroupements ou à des fusions.

L'article 124 de la loi HPST a élargi les missions du GCSMS en prévoyant qu'il peut également :

- créer des réseaux sociaux et médico-sociaux ;
- adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique ;
- être chargés, pour le compte de leurs membres, des activités de pharmacie à usage interne (PUI).

2°) Un statut juridique ambigu

• Les dispositions du code de la santé publique relatives aux GCS applicables aux GCSMS

Les modifications de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles introduites par la loi HPST, puis par l'ordonnance de coordination du 23 février 2010, ont rendu plus complexe la réglementation relative aux GCSMS.

Dans un premier temps, **l'article 124 de la loi HPST a étendu de manière limitée le champ des dispositions du code de la santé publique relatives aux GCS applicables aux GCSMS**. Il s'agit des dispositions figurant :

- aux premier et troisième alinéas de l'article L. 6133-3, au premier alinéa de l'article L. 6133-4 et à l'article L. 6133-6. Ces trois articles concernent le GCS dit « de moyens », c'est-à-dire la forme classique de coopération sanitaire ;

- à l'article L. 6133-8, qui fait référence au GCS dit « d'établissement », c'est-à-dire un groupement titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Dans ce cas, le groupement sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents.

En prévoyant l'application de l'article L. 6133-8 du code de la santé publique, **la loi a introduit une ambiguïté sur la transposition ou non, au secteur social et médico-social, de la distinction entre GCS de « moyens » et GCS « établissements »**.

Dans un second temps, **l'article 18 de l'ordonnance du 23 février 2010 a rendu applicable aux GCSMS toutes les dispositions du code de la santé publique relatives aux GCS, sous réserve des dispositions du code de l'action sociale et des familles**.

Tout l'enjeu de ces récentes modifications réside donc dans la transposition ou non aux GCSMS de la distinction entre GCS « de moyens » et GCS « établissements ».

• Les deux lectures possibles de la réglementation

Une première lecture, qui s'en tient à la lettre de la loi, consiste à retenir **une application limitée des articles du code de la santé publique**. Il est en effet possible de considérer que le GCSMS assurant directement - à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres - l'exploitation d'une autorisation, ne peut se transformer automatiquement en établissement ou service social et médico-social, dans la mesure où il n'entre pas dans la liste des établissements et services énumérés par l'article L. 312-1 dudit code.

En outre, la loi étant seule en mesure de créer un tel établissement public conformément à l'article 34 de la Constitution, le renvoi au code de la santé publique opéré par l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ne saurait suffire à justifier de la transformation d'un GCSMS en établissement social ou médico-social. Les articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique, en ce qu'ils concernent exclusivement les GCS « établissements », ne sauraient donc être appliqués aux GCSMS.

La seconde lecture, qui correspond à l'esprit de la loi, revient, à l'inverse, à retenir **une application générale des articles du code de la santé publique**. Dès lors qu'ils assurent l'exploitation d'une autorisation, les GCSMS se transforment automatiquement en établissements sociaux ou médico-sociaux. Les articles L. 6133-7 et L. 6133-8, bien que concernant exclusivement les GCS « établissements », pourraient donc s'appliquer aux GCSMS.

3°) La clarification proposée

Les modifications de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, introduites par la loi HPST et l'ordonnance du 23 février 2010, loin de clarifier le régime juridique des GCSMS, suscitent de nombreuses interrogations et sont source d'ambiguïté ainsi que d'insécurité juridique.

C'est pourquoi, le présent article propose de clarifier le statut juridique des GCSMS en précisant que **« le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social »**.

En effet, à la différence des GCS « établissements » qui sont titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins (article L. 6133-7 du code de la santé publique), **les GCSMS peuvent seulement exploiter l'autorisation ; ils n'en sont pas titulaires**. Ils ne sauraient, dès lors, prétendre à la qualité d'établissement social ou médico-social.

La précision apportée par cet article vise donc à **entériner la distinction entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux, titulaires d'une autorisation, et les GCSMS, qui peuvent être un mode d'exploitation de ces établissements et services, mais qui ne s'y substituent pas**.

L'objectif est bien d'affirmer clairement qu'il n'existe, dans le secteur social et médico-social, que des GCSMS de « moyens ».

II - Le texte adopté par la commission

Votre commission rappelle que le GCSMS a été créé dans le but de favoriser et de développer le processus de coopération dans le secteur de l'action sociale et médico-sociale. Largement inspirée du régime juridique des GCS, la réglementation des GCSMS était jusqu'à récemment stable et sécurisée. D'ailleurs, cet instrument était plébiscité par les acteurs de terrain pour sa flexibilité de mise en œuvre.

Or, les récentes modifications réglementaires ont introduit un flou juridique qui pourrait, à terme, porter préjudice à cette nouvelle forme de gestion du secteur social et médico-social.

Votre commission approuve donc cet article qui permet d'affirmer clairement que le CGSMS est un mode de coopération sociale et médico-sociale permettant de mutualiser des moyens, de mettre en commun des services, de réaliser des interventions communes, voire d'exploiter une autorisation, mais qu'il n'a pas vocation à devenir un établissement social ou médico-social, titulaire d'une autorisation.

Lors de l'examen de la loi HPST, votre commission avait d'ailleurs émis de profondes réserves quant à la pertinence des GCS « établissements ». Elle se satisfait donc pleinement de la non-transposition de ce nouvel outil au secteur social et médico-social.

Elle a adopté cet article sans modification.

Article 15

(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Objet : Cet article procède à une réécriture de la section IV du budget de la CNSA, relative à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service.

I - Le dispositif proposé

1°) La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

• Les missions de la CNSA

Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la CNSA a pour finalité première de rassembler, dans un lieu unique, les moyens

destinés à financer la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

La CNSA est un établissement public national à caractère administratif, dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ses missions ont été progressivement élargies notamment par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elles se déclinent en deux volets principaux : **d'une part, une fonction financière et de péréquation, d'autre part, un rôle d'expertise, d'animation et d'information.**

La fonction financière de la CNSA consiste en premier lieu à **verser aux départements la contribution de l'Etat au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées.** Cette participation au financement des dépenses départementales au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) doit être réalisée dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

La deuxième fonction financière de la caisse revient à **répartir les crédits de l'Ondam destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées entre les établissements et services de soins sociaux et médico-sociaux.**

Parallèlement à cette mission, la CNSA s'est vu attribuer en 2005 un rôle d'expertise technique, d'évaluation des besoins, d'information et de coopération avec diverses instances (maisons départementales des personnes handicapées [MDPH], administrations nationales...).

• **Le budget de la CNSA**

Les ressources de la CNSA sont constituées :

- **de ressources propres** : la fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et de jeux ; la contribution solidarité autonomie (CSA) de 0,3 % assise sur les revenus salariaux - qui correspond à la « journée de solidarité » créée par la loi du 30 juin 2004 précitée - ; la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, également créée par cette même loi ;

- **de contributions de certains régimes de sécurité sociale** : la participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse et la contribution des régimes d'assurance maladie au titre de l'Ondam médico-social, retracée dans les comptes de la CNSA depuis 2006 ;

- **de produits financiers** réalisés à partir des placements de la trésorerie disponible de la caisse.

Le budget de la CNSA se décompose en six sections distinctes selon des règles strictes de répartition et d'affectation de ressources et de charges, afin de présenter l'origine des produits et la destination des charges de la

caisse par catégories de prestations fournies et de destinataires (personnes âgées en perte d'autonomie ; personnes handicapées) :

- la **section I** retrace les dépenses relatives au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux ;

- la **section II** est destinée à financer les dépenses relatives à l'Apa ;

- la **section III** est consacrée aux dépenses liées à la prestation de compensation du handicap (PCH) et aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;

- la **section IV** vise à financer la promotion des actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation des métiers de services ;

- la **section V** regroupe les autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie (dépenses d'animation, de prévention et d'études, plans d'aide à la modernisation des établissements notamment) ;

- la **section VI**, enfin, retrace les frais de gestion de la caisse.

Le présent article, qui procède à une **réécriture de l'ensemble de la section IV** du budget de la caisse, comporte trois mesures.

2°) Le regroupement des sous-sections « personnes âgées » et « personnes handicapées »

• L'état actuel du droit

En application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les ressources et les charges de la section IV du budget de la CNSA sont subdivisées en sous-sections consacrées l'une aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées.

La **première sous-section « personnes âgées »** retrace :

- en ressources, une fraction de la CSG, fixée à 5 % par arrêté ministériel ;

- en charges, le financement des dépenses relatives à la modernisation des services ou à la professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, les dépenses de formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux, ainsi que les dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services accueillant des personnes âgées.

La **seconde sous-section « personnes handicapées »** retrace :

- en ressources, une part de la fraction du produit de la contribution solidarité autonomie (CSA) et de la contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam) affectée à la sous-section I de la section I, relative au

financement des dépenses des établissements et services accueillant des personnes handicapées ;

- en charges, le financement des dépenses relatives à la modernisation des services ou à la professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, les dépenses de formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux, ainsi que les dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services accueillant des personnes handicapées.

Les comptes prévisionnels de la CNSA pour 2011 relatifs à la section IV			
<i>(en millions d'euros)</i>			
Charges	Prévision	Produits	Prévision
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	69,1	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	69,1
<i>Sous-section I Personnes âgées</i>	57,2	<i>Sous-section I Personnes âgées</i>	57,2
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	56,8	Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	57,2
Opérations diverses	0,5		
<i>Sous-section II Personnes handicapées</i>	11,9	<i>Sous-section II Personnes handicapées</i>	11,9
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section I de la section I intitulée « Établissements et services accueillant des personnes handicapées »	11,9
<i>Source : CNSA</i>			

• Le dispositif proposé

Le présent article propose de modifier le paragraphe IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles pour mettre fin à la division en sous-sections « personnes âgées » « personnes handicapées » de la section IV du budget de la CNSA. **L'objectif affiché est d'une part, de mutualiser les financements attribués aux mêmes types d'actions quel que soit le public concerné, d'autre part, de simplifier les procédures administratives de la caisse.**

Ainsi que l'a fait observer le directeur de la CNSA à votre rapporteur, il est par exemple impossible, dans une convention de modernisation conclue avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) qui intervient auprès des deux publics, d'isoler ce qui relève de la sous-section « personnes âgées » de la sous-section « personnes handicapées ». Or, la caisse est

aujourd'hui obligée de procéder à une telle répartition, sur « *une base statistique arbitraire qui n'a pas de sens budgétairement* ».

3°) La suppression de l'agrément de l'Etat

Dans sa rédaction actuelle, le dernier alinéa du paragraphe IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles précise que les projets de modernisation des services et établissements, de professionnalisation ou de formation des personnels - financés par la section IV - doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat qui recueille, le cas échéant, l'avis préalable de la CNSA.

Le présent article propose de supprimer cette procédure pour deux raisons :

- d'une part, l'obligation d'agrément national pour chaque projet est une procédure particulièrement lourde à mettre en œuvre ;

- d'autre part, la disparition des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) - auparavant chargées de délivrer cet agrément pour l'Etat -, rend nécessaire une telle mesure. Les agences régionales de santé (ARS), qui sont des établissements publics administratifs (Epa), ne peuvent en effet valider ces projets au nom de l'Etat.

4°) La gestion déléguée des crédits aux ARS

Enfin, la rédaction proposée offre la possibilité à la CNSA, dans les cas prévus par décret, de subdéléguer aux ARS - qui ont la qualité d'ordonnateurs secondaires - l'exécution des dépenses relatives à la section IV. Les ARS devront alors rendre compte annuellement de la conformité de ces dépenses aux objectifs assignés à la section IV.

Il s'agit, par cette mesure, **d'éviter que l'ensemble des dossiers, notamment ceux d'intérêt régional et infra-régional, ne soient traités par le niveau national**. Elle s'inscrit dans une logique de déconcentration administrative.

II - Le texte adopté par la commission

• S'agissant des sous-sections « personnes âgées » « personnes handicapées », votre commission rappelle tout d'abord que cette subdivision est appliquée dans trois sections du budget de la CNSA : la section I relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, la section IV dont il est question dans cet article, et la section V relative aux autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie.

Parmi ces trois sections, seule la section IV lui semble pouvoir faire l'objet d'un regroupement des deux sous-divisions car il y est question des mêmes types d'action (modernisation, professionnalisation, formation), quel que soit le public concerné. **Dans un souci de bonne gestion financière et de**

simplification administrative, une mutualisation des financements destinés à des dépenses de même nature est parfaitement opportune.

Il faut noter que la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque s'est prononcée, dans son rapport d'étape puis dans son rapport complémentaire¹, en faveur de modules de formation communs à l'ensemble des personnels sociaux et médico-sociaux, que ceux-ci aient à intervenir auprès de personnes âgées dépendantes ou auprès de personnes handicapées. L'objectif est en effet de faire converger les modalités de prise en charge de ces deux publics, pour autant que cette convergence soit légitime.

Votre commission fait valoir, en revanche, qu'il serait totalement injustifié de procéder à un tel regroupement pour les sections I et V, dans la mesure où celles-ci concernent des dépenses de nature différente, selon qu'il s'agit des personnes âgées ou des personnes handicapées.

- Elle estime que la suppression de l'agrément national et la possibilité de gestion déléguée des crédits de la section IV aux ARS s'inscrivent dans une logique de simplification et de rationalisation des procédures administratives, à laquelle elle ne peut que souscrire.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 16

(art. L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles)

**Procédure de transformation d'établissements
ou de services sociaux et médico-sociaux**

Objet : Cet article a pour objet de clarifier la procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux.

I - Le dispositif proposé

1°) La nouvelle procédure d'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements ou services sociaux et médico-sociaux

L'article 124 de la loi HPST a procédé à la refonte de la procédure d'autorisation administrative pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles). Il s'agissait notamment de mettre fin à la faible efficacité et aux délais d'examen d'un système qui reposait sur les

¹ « Construire le cinquième risque, le rapport d'étape » - Rapport Sénat n° 447 (2007-2008) ; « Dépendance des personnes âgées : le Sénat prépare le débat » - Rapport Sénat n° 263 (2010-2011) - Philippe Marini, président, Alain Vasselle, rapporteur.

comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) et conduisait à l'inscription sur une liste d'une durée légale de trois ans non acquisitive de droit à autorisation.

La nouvelle procédure dite « d'appel à projet social ou médico-social », dans laquelle l'initiative revient principalement aux pouvoirs publics, **doit permettre de sélectionner les propositions les plus conformes aux priorités définies par le projet régional de santé**. Elle offre davantage de garanties et de lisibilité aux promoteurs à travers une procédure comparative plus transparente.

La procédure d'autorisation comporte désormais **plusieurs étapes** bien distinctes :

- l'autorité ou les autorités compétentes (le directeur général de l'agence régionale de santé [DGARS], le préfet, le président de conseil général) déterminent tout d'abord, dans le cadre du schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale (Srosms), les besoins de prise en charge et d'accompagnement de la population handicapée et des personnes âgées. Les moyens financiers disponibles pour couvrir ces besoins sont, quant à eux, définis dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) ;

- cette même autorité ou ces mêmes autorités procèdent ensuite à un appel à projet, sur la base d'un cahier des charges établi en fonction de la nature des projets et des besoins à satisfaire ;

- une commission de sélection d'appel à projet, placée auprès de l'autorité ou des autorités compétentes, émet un avis sur les projets proposés par les opérateurs ;

- enfin, l'autorité ou les autorités compétentes rendent leur décision d'autorisation.

Afin de prendre en compte certaines inquiétudes face à ce nouveau dispositif, la loi a prévu l'association des usagers du secteur médico-social au sein de la commission de sélection chargée d'émettre un avis sur les projets soumis à autorisation. En outre, une partie des appels à projet est réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants, afin de préserver la capacité d'initiative du secteur.

Pour préparer la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'appel à projets, une expérimentation a été conduite dans trois régions (Pays-de-la-Loire, Bourgogne, Centre). A la suite de celle-ci, **le décret en Conseil d'Etat n° 2020-870 du 26 juillet 2010** est venu déterminer les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés.

2°) Les projets de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux

• Une réglementation ambiguë

Le décret du 26 juillet 2010 précité définit la **notion de transformation** d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux comme correspondant « *à la modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1 (du code de l'action sociale et des familles)* ».

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

A l'inverse, un institut médico-éducatif qui deviendrait un foyer de jeunes travailleurs constitue bien une transformation au sens de la disposition réglementaire susmentionnée car il ne s'agit pas de la même catégorie de personnes prises en charge.

Le décret précise en outre qu'« *un changement de l'établissement ou du service ne comportant pas de transformation au sens de l'alinéa précédent n'est pas soumis à l'avis de la commission de sélection. Dans ce cas, il est porté à la connaissance de l'autorité ou des autorités ayant délivré l'autorisation* ».

Autrement dit, **une transformation sans modification de la catégorie de bénéficiaires n'est pas soumise à la procédure d'appel à projet. Mais la rédaction est ambiguë : elle sous-entend que ce type de transformation, « infra-catégorielle », pourrait également être mis en œuvre sans autorisation préalable.**

Cette interprétation est corroborée par la lecture des dispositions législatives. Ainsi, le premier alinéa de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *les projets de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux sont autorisés par les autorités compétentes* ». Si le terme « transformation » s'entend au sens de « modification de la catégorie de bénéficiaires », les transformations « infra-catégorielles » sont *de facto* exclues de la procédure d'autorisation.

• La clarification proposée

Une lecture combinée des dispositions législatives et réglementaires laisse donc supposer que les transformations sans changement de la catégorie de bénéficiaires sont non seulement exemptées de la procédure d'appel à projet mais également de l'autorisation délivrée par la ou les autorités compétentes.

Aussi, le présent article a pour objet de **lever toute ambiguïté juridique**. Il propose de compléter l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles afin d'énoncer clairement que **« les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge sont exonérées de la procédure d'appel à projet »**. Ces opérations ne sont, en revanche, pas exemptées de la procédure d'autorisation préalable.

Il faut noter que cette exception à la procédure d'appel à projet n'est pas une première. En effet, la loi prévoit déjà que les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants n'y sont pas soumises, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures à certains seuils et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

II - Le texte adopté par la commission

Votre commission approuve cette mesure de clarification de la procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux.

En effet, l'idée que les projets de transformation « infra-catégorielle » puissent ne pas être soumis à la procédure d'autorisation préalable est difficilement acceptable compte tenu des enjeux associés à la nouvelle procédure d'autorisation, à laquelle sont attachées nombre de protections des personnes accueillies (droits des usagers, normes de sécurité applicables...).

En revanche, exempter ce type de transformations de l'appel à projet est une mesure de bon sens qui allégera les démarches administratives préalables à leur mise en œuvre.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 17 (nouveau)

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

Développement des alternatives à l'hospitalisation et des dialyses à domicile

Objet : Cet article additionnel tend à prévoir que le schéma régional d'organisation des soins favorise le développement des alternatives à l'hospitalisation et des dialyses à domicile.

Le schéma régional d'organisation des soins (Sros) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique¹.

¹ Article L. 1434-7 du code de la santé publique, résultant de l'article 118 de la loi HPST.

Cet article additionnel, proposé par Marie-Thérèse Hermange et Sylvie Desmarescaux, assigne au Sros la mission de favoriser également le développement des alternatives à l'hospitalisation et des activités de dialyse à domicile.

Ces deux précisions avaient été adoptées par le Parlement lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011¹, mais censurées pour des raisons formelles par le Conseil constitutionnel.

La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

¹ *Articles 56 et 57.*

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 9 février 2011 sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission procède à l'examen du rapport d'Alain Milon sur la proposition de loi n° 65 rectifié (2010-2011), 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.

Muguette Dini, présidente. - Nous sommes heureux d'accueillir Jean-Pierre Fourcade, auteur de la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST que nous examinons ce matin.

Jean-Pierre Fourcade, auteur de la proposition de loi. - Permettez-moi quelques mots pour resituer ce texte dans son contexte. Le Gouvernement m'a confié la mission de suivre la mise en place de la loi HPST, avec des représentants de l'Etat, des hôpitaux, des associations. Nous avons procédé à une soixantaine d'auditions, de visites, notamment en Lorraine, en Picardie, en Guadeloupe et, conformément à l'article 35 de la loi HPST, je rendrai mon rapport en juillet prochain. Je peux d'ores et déjà vous dire qu'il traitera des questions de gouvernance, de coopération inter-hospitalière, ainsi que des relations entre l'ARS, les établissements hospitaliers et les syndicats de médecins libéraux.

Au cours de cette mission, nous avons constaté des dysfonctionnements et c'est pour y mettre fin dans les meilleurs délais que j'ai proposé à Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la santé, de déposer une proposition de loi. J'ai ensuite largement consulté les professionnels sur le dispositif que j'envisageais. A une exception près, je me suis interdit de toucher au titre premier de la loi HPST, auquel sera consacré le rapport que je prépare pour juillet prochain et que j'assortirai de nouvelles propositions.

Deux événements se sont produits depuis. D'abord, quatre articles de ma proposition initiale ont été repris dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, dont un a été ensuite censuré par le Conseil constitutionnel, qui l'a estimé être un cavalier : il a donc été réintroduit dans mon texte. Ensuite, le Gouvernement a été remanié, et j'ai donc été amené à travailler avec le cabinet de Xavier Bertrand, ainsi qu'avec celui de Valérie Pécresse.

Je vous présenterai sommairement l'objet des seize articles de cette proposition.

Les six premiers sont consacrés à l'organisation des soins de premier recours, et d'abord à la société interprofessionnelle ambulatoire (SIA) que je propose de créer, en m'inspirant de la société civile de moyens : elle permettra aux professionnels de santé de se regrouper, de recevoir des subventions et de facturer de concert, dans un cadre sécurisé sur le plan social et sur le plan fiscal. Je vous propose également d'améliorer le statut des maisons de santé créées par la loi de décembre 2007, de faciliter le recours au contrat de santé solidarité par les professionnels libéraux et de rétablir le contrat de bonne pratique. A l'article 6, relatif aux chirurgiens-dentistes, j'avoue n'être pas parvenu à une solution satisfaisante et je compte sur le rapporteur pour assurer une véritable traçabilité des prothèses et appareillages utilisés par les chirurgiens-dentistes.

Les articles 7 à 13 contiennent des dispositions diverses, destinées à simplifier et à déconcentrer certaines procédures, pour aller dans le sens de la fluidité et de l'efficacité, s'agissant en particulier des fondations hospitalières, de la lutte contre la propagation internationale des maladies, du cadre d'emploi de la réserve sanitaire ou encore de l'Institution nationale des invalides.

Enfin, les trois derniers articles concernent le secteur médico-social, par lesquels je propose de sécuriser le statut juridique des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) et d'améliorer la présentation du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que la procédure applicable aux transformations d'établissements sociaux ou médico-sociaux.

Pour être technique et modeste, ce texte s'assigne néanmoins des objectifs importants pour déconcentrer et simplifier les procédures, dans le sens de l'efficacité, mais aussi pour donner aux professionnels de santé libéraux un outil efficace de territorialisation de l'offre de santé, avec les SIA.

Je reviendrai devant vous dès le mois de juillet, pour vous présenter mon rapport sur l'application de la loi HPST et des propositions d'ajustement. Nous avons lancé un questionnaire dans cinq régions, dont nous espérons une moisson importante d'informations. La mise en place de la nouvelle gouvernance paraît se dérouler dans de bonnes conditions, exception faite de la Guadeloupe. Des problèmes particuliers se posent, par exemple avec la psychiatrie. Cependant, en choisissant de se regrouper dans une communauté hospitalière autour de l'hôpital Sainte-Anne, les psychiatres de l'Ile-de-France sont allés dans le sens de la loi, c'est prometteur.

***Alain Milon, rapporteur.** - Une remarque, avant de présenter mon rapport : je crois que la psychiatrie doit demeurer une spécialité de médecine, plutôt que de devenir une spécialité à côté de la médecine.*

Adoptée voici bientôt deux ans, la loi HPST se proposait de rénover la gouvernance hospitalière, de promouvoir une meilleure accessibilité des soins sur le terrain, d'améliorer la santé publique, de renouveler l'organisation territoriale du système de santé et d'y inclure la prise en

compte du secteur médico-social. Face à la diversité et la complexité de ces objectifs, il n'est guère surprenant qu'à la lumière de l'expérience de ses premiers mois d'application progressive, il soit aujourd'hui nécessaire d'apporter au dispositif quelques aménagements susceptibles d'en améliorer l'efficacité.

Le suivi de l'application de la loi est de bonne pratique parlementaire, le texte lui-même s'en était préoccupé en instituant, à son article 35, un comité chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des établissements de santé dont la présidence a été confiée à Jean-Pierre Fourcade, auteur de la proposition de loi.

Ce texte présente seize mesures d'aménagement ou d'amélioration, dont six se rapportent à l'organisation des soins de premiers recours, trois aux structures relevant du secteur médico-social, les dernières consistant en diverses mesures ponctuelles.

D'autres mesures concernant plus directement l'hôpital viendront sans doute à la suite du rapport de suivi que M. Fourcade nous présentera en juillet prochain.

Les articles consacrés à l'organisation des soins de premier recours constituent, en quelque sorte, le cœur du texte. Les deux premiers abordent le sujet très actuel de l'exercice pluridisciplinaire de la médecine de proximité. L'article 1^{er} crée la société interprofessionnelle ambulatoire, ou SIA, et l'article 2 donne une nouvelle définition de la maison de santé et aborde aussi, comme l'article 12, la délicate question du partage des informations de santé.

L'examen du statut de la SIA, que je vous proposerai de rebaptiser Sisa - société interprofessionnelle de soins ambulatoires - a mis mes facultés d'analyse à rude épreuve. J'ai appris que ce statut avait été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire, associant les ministères intéressés, les professions médicales et l'assurance maladie, pour résoudre le problème du versement et de la répartition des rémunérations perçues dans le cadre de l'expérimentation des « nouvelles modalités de rémunération », les NMR, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

L'équation à résoudre n'était pas facile : il fallait inventer une forme de société simple, pouvant accueillir des associés exerçant des professions différentes, facturer des actes à l'assurance maladie et percevoir des financements, préserver le libre exercice par chacun de sa profession et offrir un cadre juridique et fiscal sécurisé.

J'ai constaté que l'attrait pour l'exercice groupé pouvait coexister avec de fortes préventions à l'égard de l'exercice sociétal et que le modèle minimal de la société civile de moyens (SCM) était, pour beaucoup, le seul acceptable. Or, la SCM ne pouvait pas être l'instrument d'échanges financiers entre l'assurance maladie et les bénéficiaires des « NMR » et il a fallu trouver un compromis.

Le texte nous propose la formule de la SIA, qui est à la fois une SCM, chargée de faciliter à chaque associé l'exercice de son activité, et une société d'exercice pour les seules activités exercées en commun - qui devraient se limiter, dans un premier temps, à la coordination et à l'éducation thérapeutique du patient, l'ETP. Encore cet exercice commun pourrait-il être optionnel et je vous proposerai plutôt qu'il ne le soit pas, car s'il l'était, pourquoi créer une SIA ?

Enfin, la SIA sera une société civile, et je souhaite que sa simplicité d'organisation puisse être le gage d'un fonctionnement aisé.

Le texte envisage que la société ne puisse réunir que des professionnels de santé, personnes morales ou physiques ; je suis favorable à nous en tenir à ces dernières. Il faudra qu'il y ait au moins trois associés, dont deux médecins et un auxiliaire médical.

Cette société, à la différence de toutes les sociétés d'exercice médical, n'aurait aucune relation avec les ordres dont relèveront la plupart de ses associés, et ne serait pas inscrite à leurs tableaux. En revanche, elle devrait enregistrer ses statuts à l'ARS - ce qui est original - et lui transmettre leurs modifications, sous peine de nullité de celles-ci, ce qui n'est pas conforme, me semble-t-il, à la liberté de contracter.

Je vous proposerai plutôt de prévoir expressément que les statuts seront communiqués aux ordres, et de préciser que les sociétés ne seront pas inscrites à leurs tableaux.

Le fonctionnement de la société est abordé sous l'angle de la répartition des rémunérations communes, du régime de la responsabilité civile professionnelle des associés, semblable à celui des sociétés civiles professionnelles, et du droit de retrait des associés.

Parmi les dispositions diverses, je relèverai celle qui prévoit que les associés d'une société ne seront pas réputés pratiquer le « compéragé » du seul fait de l'exercice en commun d'activités. Cette disposition, qui malmène la présomption d'innocence, pourrait aussi laisser croire, a contrario, que toutes les autres formes d'exercice sociétal ou groupé peuvent être soupçonnées de compéragé. Je vous proposerai donc de la supprimer.

Enfin, je note que la rédaction du texte interdit aux héritiers de l'associé décédé de devenir eux-mêmes associés, même s'ils remplissent les conditions requises et sont agréés par les associés. C'est sans doute une erreur de plume, que je vous proposerai de réparer en renvoyant sur ce point au droit commun des sociétés civiles.

J'espère, mes chers collègues, que la douzaine d'amendements que je vous proposerai à l'article 1^{er} suffira à garantir le fonctionnement harmonieux des Sisa, objet juridique encore perfectible et donc sans doute appelé à évoluer.

Deux ans se sont écoulés entre le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et le début des expérimentations sur les NMR. On aurait peut-être pu les mettre à profit pour élaborer un mécanisme plus simple permettant la perception et la répartition de ces rémunérations, et pour engager parallèlement une réflexion plus approfondie sur le cadre juridique susceptible de convenir à l'exercice pluriprofessionnel de la médecine de proximité.

L'article 2 propose une nouvelle rédaction de la définition des maisons de santé - la troisième depuis 2008. Il ne serait pas inutile de préciser aussi les statuts des pôles ou réseaux de santé. Ce sera pour une autre fois !

Mais je voudrais surtout signaler le problème du partage des informations sur la santé des patients. J'avoue mal comprendre pourquoi ce partage devrait obéir à des règles différentes selon que les soins de ville sont assurés par des médecins et des auxiliaires médicaux exerçant séparément, ou par des professionnels exerçant en groupe. La règle qui figure déjà au code de la santé publique me paraît adaptée à ces deux cas de figure : le partage des informations est possible, dans toute la mesure nécessaire pour assurer la coordination des soins et la qualité de la prise en charge ; et si le patient, « dûment averti », ne s'y oppose pas.

Le principe d'une communication ouverte de ces informations sauf si le patient refuse qu'elles soient communiquées « à une ou plusieurs » personnes, ne me paraît pas satisfaisant, car le droit au respect de la vie privée est un droit de valeur constitutionnelle, et le consentement à la communication de données de santé ne se présume pas. Comme me l'indiquait l'un de mes professeurs de médecine : « le secret médical appartient au malade ».

De plus, je crains que la question du partage obligatoire ne puisse être mal ressentie au moment où on espère enfin le démarrage du dossier médical personnel, et qu'elle ne suscite la méfiance à l'égard d'un outil qui peut être très utile. Pour la même raison, je ne suis pas favorable à l'article 12, qui autoriserait à se passer, jusqu'à l'entrée en vigueur de cette proposition de loi, du consentement des patients pour l'hébergement des données de santé personnelles détenues par les hôpitaux.

Toujours sur le volet de la médecine de premier recours, trois articles visent à supprimer des mesures coercitives peu applicables ou mal vécues par la profession, et j'y suis pleinement favorable.

L'article 3 supprime la contribution forfaitaire à la charge des médecins installés en zone sur-dense qui refuseraient de s'engager dans un contrat santé solidarité ou n'en respecteraient pas les termes.

Créé par la loi HPST, ce contrat pourra être proposé par les ARS trois ans après l'entrée en vigueur des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) pour favoriser l'exercice dans les zones où les besoins ne sont pas satisfaits. Notre commission avait souligné les difficultés pratiques

importantes que l'application de cette mesure ne manquerait pas de soulever et il semble donc préférable, en effet, de supprimer la pénalité dont elle est actuellement assortie.

Cet article prévoit également que les futurs contrats santé solidarité devront être conformes à un contrat type national élaboré par l'Uncam. Il s'agit d'une mesure de bon sens, puisque ces contrats comporteront nécessairement des dispositions financières et il est légitime que l'assurance maladie les encadre et les intègre dans ses négociations et prévisions.

L'article 4 répond à une autre préoccupation des médecins : au nom du principe de la continuité des soins, les médecins doivent adresser leur patient à un confrère en cas d'absence ; mais ils doivent aussi, depuis la loi HPST, déclarer leurs absences programmées au conseil départemental de l'Ordre. Cette dernière obligation, qui relève de la continuité et non de la permanence des soins, est inutilement coercitive, alors que plusieurs conseils départementaux ont mis en place des procédures fiables sur la base du volontariat. Cet article tend donc à supprimer cette obligation de déclaration d'absence.

Enfin, l'article 5 rétablit dans le code de la sécurité sociale les contrats de bonne pratique et de santé publique qui permettaient aux négociateurs conventionnels de fixer des engagements spécifiques pour certains professionnels dans le cadre de leur pratique et les contreparties financières correspondantes. Par exemple, ces contrats ont incité les transporteurs sanitaires à développer le transport partagé ; ils ont également permis d'attribuer une rémunération forfaitaire aux médecins thermaux.

D'une manière singulière, l'ordonnance de coordination de la loi HPST du 23 février 2010 a supprimé ces contrats, prenant argument de la création de nouveaux contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Or, ces différents contrats ont des logiques complémentaires ; il est donc positif de rétablir les contrats de bonne pratique et de santé publique.

Je mentionnerai enfin deux articles qui, tous deux, se rapportent à l'information des patients, et sur lesquels je suis plus réservé : l'article 12 sur l'hébergement des données personnelles médicales des patients, et l'article 6, qui revient sur une mesure que nous avons nous-mêmes préconisée, relative à l'indication du prix des prothèses, notamment dentaires, et appareillages. Je crois que, dans ces deux cas, les mesures proposées constituent un recul par rapport au droit actuel et je n'y suis donc pas favorable.

J'en viens au deuxième volet du texte qui consacre ses trois derniers articles au secteur social et médico-social.

L'article 14 sécurise le statut juridique des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Les modifications apportées par la loi HPST et par l'ordonnance de coordination de février 2010 ont introduit une incertitude sur la transposition ou non, au secteur social et

médico-social, de la distinction entre GCS de « moyens » et GCS « établissements ».

Afin de lever toute ambiguïté, cet article énonce clairement que le GCSMS n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. Le GCSMS est un mode de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux permettant de mutualiser des moyens, de mettre en commun des services, de réaliser des interventions communes, voire d'exploiter une autorisation, mais il n'a pas vocation à devenir un établissement social ou médico-social, titulaire d'une autorisation.

Notre commission avait émis de profondes réserves sur la pertinence des GCS « établissements » lors de l'examen de la loi HPST ; j'approuve donc pleinement la non-transposition de ce nouvel outil au secteur social et médico-social.

L'article 15 réécrit la section IV du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), relative au financement des actions de modernisation des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, de formation et de professionnalisation des personnels intervenant auprès de ces publics.

D'abord, il supprime la division en deux sous-sections l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées, afin de mutualiser les financements attribués aux mêmes types d'actions, quel que soit le public concerné. Il donne ensuite à la CNSA la possibilité de déléguer aux ARS, dans certains cas, la gestion des crédits afférents à ces actions pour éviter que l'ensemble des dossiers, notamment ceux d'intérêt régional et local, ne soit traité par le niveau national.

Je précise que ces mesures de rationalisation et de simplification administrative utiles ont été élaborées en accord avec la CNSA.

Enfin, l'article 16 vise à clarifier la procédure applicable aux transformations d'établissements sociaux ou médico-sociaux. Une lecture combinée des dispositions législatives et réglementaires laisse en effet supposer que certains types de transformation - celles qui ne modifient pas la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service - peuvent être mises en œuvre sans autorisation préalable. Une telle interprétation ne peut évidemment être soutenue, compte tenu des enjeux associés à la nouvelle procédure d'autorisation, à laquelle sont attachées nombre de protections des personnes accueillies.

Cet article propose utilement que les projets de transformation sans changement de la catégorie de bénéficiaires ne soient pas exemptés de la procédure d'autorisation. En revanche, dans un souci d'allègement des démarches administratives, ces projets seraient dispensés de l'appel à projet.

Le dernier volet du texte présente diverses mesures plus ponctuelles que j'ai regroupées en deux rubriques.

D'abord, celles qui se rapportent aux compétences des ARS. L'article 9 qui concerne les fondations hospitalières. La loi HPST a créé cette nouvelle catégorie de fondations, en s'inspirant des fondations universitaires, pour développer la recherche médicale et promouvoir le transfert de crédits privés vers la recherche publique au sein des établissements publics de santé. Un décret en Conseil d'Etat devrait fixer les règles générales de fonctionnement de ces fondations hospitalières ainsi qu'un certain nombre de mesures d'application. Or, le Conseil d'Etat a considéré que la loi HPST ne permettait pas aux fondations hospitalières de s'affranchir de la quasi-totalité des règles applicables aux fondations reconnues d'utilité publique.

L'article 9 prévoit que les fondateurs pourront disposer de la majorité au conseil d'administration de la fondation et que les directeurs généraux des ARS auront le pouvoir de contrôler les fonds affectés aux fondations par les établissements publics de santé ; le décret en Conseil d'Etat qui déterminera leurs règles de création et de fonctionnement devra en outre tenir compte de leur spécificité.

Cette nouvelle rédaction ne me paraît pas satisfaisante. Elle n'apporte en effet aucune garantie, ni en matière de prévention des risques ou de conflits d'intérêts, ni sur le plan du contrôle de l'utilisation des fonds publics hospitaliers.

Je vous proposerai de supprimer cet article car il n'y a pas d'urgence et je crois plus sage d'approfondir la réflexion, d'autant que nous pouvons nous en tenir au texte actuel de la loi HPST et que d'autres dispositifs juridiques peuvent être utilisés, comme les fondations de coopération scientifique.

L'article 13 transfère au directeur général de l'ARS d'Ile-de-France la responsabilité de fixer la dotation annuelle relative aux dépenses d'hospitalisation de l'Institution nationale des invalides, dotation aujourd'hui fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

En accord avec le Gouvernement, je vous proposerai de supprimer cet article et de maintenir le droit actuel. Il s'agit en effet d'un organisme très spécifique à vocation nationale, directement rattaché à la direction générale de l'offre de soins.

Une seconde rubrique porte sur la lutte contre les menaces sanitaires, à laquelle se rattachent deux articles qui me paraissent utiles, sous réserve de petites améliorations.

L'article 11 complète utilement le dispositif de lutte contre la propagation internationale des maladies, qui concerne les transporteurs. Je vous proposerai un amendement de précision sur les modalités de sanction.

L'article 10 définit le cadre d'emploi de la réserve sanitaire, à laquelle nous avons été sensibilisés lors de l'épisode de la pandémie grippale H1N1.

Enfin, je vous proposerai d'adopter deux articles additionnels : le premier vise les « groupements de coopération sanitaires » (GCS) « établissements », sur lesquels nous avons exprimé d'assez vives réserves lors de l'examen de la loi HPST, et qui ne sont toujours pas convaincants ; le second vise à faire avancer l'idée d'une publication des liens d'intérêts entre médecins et laboratoires, sur le modèle des Sunshine Acts américains.

Vous l'aurez compris, ce texte, très technique, améliore la loi HPST et nous approuvons la démarche pragmatique et constructive qui le soutient.

Jean-Pierre Fourcade, auteur de la proposition de loi. - *Merci, monsieur le rapporteur, d'avoir retenu quelques-uns des articles de ma proposition de loi ! Maintenant, je vais laisser la commission examiner les amendements.*

Muguette Dini, présidente. - *Merci, monsieur le rapporteur, pour ce travail excellent, sur cette excellente proposition.*

Paul Blanc. - *Je me félicite de ce texte. Cependant, je m'inquiète du maintien de ce que les poètes de l'administration ont désigné par la belle expression technocratique de « fongibilité asymétrique » qui désigne ce fait important que les crédits médico-sociaux peuvent être abondés par les crédits de santé, mais pas l'inverse. Je me battraï pour que ce principe soit conservé !*

Muguette Dini, présidente. - *Cette proposition de loi ne le met pas en cause.*

Alain Milon, rapporteur. - *Effectivement. La mission commune d'information sur la dépendance s'est prononcée pour son maintien.*

Guy Fischer. - *Cette proposition de loi est inscrite à l'ordre de jour du 17 février : nous travaillons à marche forcée, ce qui n'est pas acceptable sur un sujet d'une telle importance. La vérité, c'est que M. Fourcade est en service commandé, aux ordres du Gouvernement, lequel n'a pas d'autre souci, comme la loi HPST pose plus de problèmes qu'elle n'en résout, de satisfaire les professions médicales avant l'élection présidentielle, tout comme il le fait avec les agriculteurs, les commerçants et les artisans ! Je découvre ce texte, il est complexe, mais le procédé, lui, est très simple ! Ici et là, je ne vois déjà que des motifs pour repousser ce texte, et je trouve la majorité bien incohérente d'accepter, au sein de la CNSA, de regrouper les crédits destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées, après nous avoir opposé qu'en matière de dépendance, cela était tout à fait impossible.*

Paul Blanc. - *Nous ne visons ici que les crédits destinés à la formation professionnelle des personnels et il n'est pas incohérent, au contraire, de considérer qu'elle est, dans les deux cas, de même nature.*

Guy Fischer. - *Nous nous opposerons à cette proposition de loi, qui est en fait un projet de loi !*

Sylvie Desmarescaux. - *Je félicite notre rapporteur pour la qualité de son travail, mais aussi pour son écoute : il s'est attaché à entendre tous les points de vue.*

Cependant, je ne comprends pas qu'à l'article 6, on ne cherche pas à garantir la traçabilité des prothèses et autres appareillages dentaires. Il semble difficile d'obliger à communiquer le détail du prix, d'où la préférence pour le coût global, mais pourquoi s'interdire un dispositif de traçabilité ? Le consommateur peut savoir d'où vient la viande qu'il mange, mais pas la prothèse que son chirurgien-dentiste lui met dans la bouche.

Ensuite, lors de la loi de financement, le Gouvernement s'est engagé à ce que les Urssaf ne pénalisent pas les professionnels libéraux en établissements : avez-vous des éléments à ce sujet ?

Catherine Procaccia. - *Une question de bon sens, d'abord : pourquoi, alors qu'ils ont chacun fait un travail de qualité et auditionné probablement les mêmes personnes, Jean-Pierre Fourcade et Alain Milon divergent-ils sur des articles importants ? A titre personnel, cette divergence rend ma décision plus difficile. Ensuite, on ne voit pas bien les dispositions de la loi HPST qui s'appliquent, et celles qui ne s'appliquent pas. Enfin, je me suis rangée à l'avis qu'il faudrait garantir une traçabilité des prothèses et appareillages dentaires ; cependant, qui doit en être chargé : le dentiste ou son fournisseur ?*

Gilbert Barbier. - *L'article 1^{er} m'inquiète pour l'exercice de la médecine libérale même et je crois qu'il serait préférable que ce texte vise l'exercice pluridisciplinaire des soins de proximité, puisqu'il concerne tous les professionnels de santé, et pas seulement les médecins. Ensuite, le compérage qui sera facilité, pose des problèmes de déclaration aux ordres professionnels et on ne doit pas sous-estimer les risques de fraude. La société interprofessionnelle ambulatoire ne me plaît pas car, avec elle, les professionnels ouvriront une sorte de boutique, dont ils devront assurer la rentabilité. Ce souci pécuniaire sera renforcé, sans que soit réglé le problème de la désertification médicale. Je suis en revanche favorable à l'article 6, qui atténue la rigueur voulue par la loi HPST. Enfin, je me demande s'il est légitime que nous prenions une initiative pour introduire les Sunshine Acts à l'américaine, dès lors que cette idée peut être évoquée également par la mission d'information sur le Mediator que nous venons de constituer.*

Isabelle Debré. - *La loi HPST oblige à détailler l'intégralité des coûts des prothèses et appareillages dentaires, ce qui est difficile à accepter.*

Sylvie Desmarescaux. - *C'est pourtant possible...*

Isabelle Debré. - *Le coût global paraît plus facile à établir. Mais je ne comprends pas non plus pourquoi s'interdire la traçabilité. Enfin, je pose cette question ouverte : les procédures de déclenchement de la réserve sanitaire doivent-elles être révisées ?*

Marie-Thérèse Hermange. - *Je partage l'inquiétude de Gilbert Barbier sur les risques pour les professionnels libéraux que peut poser l'article 1^{er}. Il y a quelques années, j'ai voulu mieux relier les médecins libéraux et l'hôpital Robert-Debré, mais je me suis heurtée à un véritable cloisonnement des mentalités, qui ne sera certainement pas réglé par les éléments de collectivisation de l'exercice libéral tels qu'ils apparaissent dans ce texte.*

Sur les données, je crois que nous devons progresser, dans l'intérêt même de la santé publique : il faut croiser celles issues de la médecine libérale et celles de l'hôpital, c'est par cette voie qu'on préviendra mieux les crises sanitaires. Le dossier pharmaceutique permet par exemple de réagir rapidement à un problème concernant les médicaments.

Je m'interroge sur les fondations hospitalières : elles ont de grands moyens, leur action est utile, exemplaire, mais la place importante qu'elles prennent, y compris dans les enceintes hospitalières, à Necker, à la Salpêtrière, tient à ce qu'on ne donne plus de moyens suffisants à l'hôpital pour conduire véritablement une politique de recherche. Et l'implantation des fondations n'est pas sans alourdir parfois les charges des hôpitaux, ce qui pose bien des problèmes. En particulier, je ne comprends pas qu'il soit si difficile aux hôpitaux, qui ne savent souvent pas quoi faire de certains de leurs bâtiments, d'y accueillir des personnes âgées, des personnes handicapées, d'y établir des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ce qui correspond à un véritable besoin social.

Jacky Le Menn. - *L'heure est trop avancée pour se livrer à la généalogie de ce texte. Pour autant, cette précipitation à revenir sur un texte longuement débattu semble commandée par quelques autorités supérieures... M. Fourcade a évoqué des adaptations « modestes » ; je dirai plutôt qu'elles sont besogneuses et décousues. Pourquoi légiférer sous la pression du terrain quand la loi HPST doit faire l'objet d'une évaluation globale et approfondie en juillet ?*

Prenons l'article 1^{er} : « pourquoi faire complexe quand on peut faire inextricable ? » se demanderait notre collègue Paul Blanc. En quoi la société interprofessionnelle ambulatoire réglerait-elle le problème de l'exercice pluridisciplinaire des soins de proximité ? La rebaptiser « société interprofessionnelle de soins ambulatoires » ne change rien. En fait, on crée ce statut pour résoudre l'épineuse question que représentent le versement et la répartition des rémunérations perçues dans le cadre d'une expérimentation. C'est donc affirmer que l'expérimentation fonctionne et qu'elle doit être étendue, ce qui m'inquiète. Il aurait fallu approfondir la question et éviter des termes désobligeants tels que celui de « compéage ».

Autre point, le partage des informations de santé abordé à l'article 12. Le code de la santé publique prévoit une règle efficace, a montré le rapporteur. Ce partage est possible à condition que le patient soit dûment averti.

Quant à la médecine de premier recours et à la couverture des zones désertées par les professionnels de santé, dont nous avons longuement débattu, je me demande s'il faut supprimer un dispositif contraignant sans le remplacer par un dispositif performant ? Nous devons tenir nos objectifs.

En revanche, je partage l'analyse du rapporteur sur l'article 4 : obliger les médecins à déclarer leurs absences programmées au Conseil départemental de l'Ordre est inutilement coercitif. Je suis aussi extrêmement dubitatif sur les fondations hospitalières. Comment remédier au manque d'argent dans la recherche ? Toute la question est là. Phagocyter le statut juridique de ces fondations reconnues d'utilité publique à l'article 9 ne me semble pas la bonne solution. Je vous renvoie à la décision du Conseil d'Etat... Enfin, nous proposerons également des amendements périphériques afin d'agrémenter ce texte un peu terne !

Janine Rozier. - *Merci de ce rapport utile à des béotiens comme moi. Je serai attentive aux propositions que fera le rapporteur pour remédier aux difficultés posées par la loi HPST. Je partage les analyses de Gilbert Barbier sur l'article 1^{er}, d'Isabelle Debré concernant la traçabilité des prothèses dentaires et de Marie-Thérèse Hermange sur le dossier pharmaceutique, qui semble très prometteur pour renforcer la transparence, la vigilance et l'alerte. En revanche, je constate qu'en dépit de toutes les critiques formulées contre le texte par Guy Fischer, la seule mesure qu'il avait soutenue lors de l'examen des crédits budgétaires de la mission « Anciens combattants » pour 2011 était celle relative aux crédits de l'Ini.*

Yves Daudigny. - *Béotien moi-même, j'ai cherché la définition du terme « compéragé » dans le Littré de 1880. La voici : « au sens figuré, connivence entre une personne et un charlatan ». Est-ce le bon mot ? Nous établirons un bilan de la loi HPST en juillet, pourquoi légiférer en février ? Les maisons de santé sont très utilisées par les collectivités locales pour maintenir une présence médicale. Or, à l'article 2, il est précisé qu'elles doivent être dotées de la personnalité juridique. Quelle est la portée de ce changement ? L'article 3 s'attaque au problème de la présence médicale en zones rurales et dans certaines zones urbaines. Supprimer la contribution forfaitaire à la charge des médecins installés en zone surmédicalisée, n'est-ce pas envoyer un mauvais signal ?*

Alain Milon, rapporteur. - *Les amendements répondant à la plupart des questions, j'observerai seulement que si les délais ont été courts pour vous, ils l'ont été pour moi aussi. Nous n'avons reçu la version définitive de la proposition de loi que la semaine dernière, ce qui ne nous a laissé que deux jours pour travailler. J'ai procédé à une dizaine d'auditions ; j'ai entendu le ministre, la CSMF, l'Ordre des médecins. La conférence des présidents n'a pas accepté la date, plus tardive, que j'avais proposée pour l'examen de ce texte en séance publique. Voilà dans quelles conditions nous avons dû essayer de le décortiquer.*

Il n'est pas question de vouloir, avec le Sunshine Act, couper l'herbe sous le pied de qui que ce soit. J'ai simplement repris une proposition du rapport sur la grippe H1N1 que vous aviez acceptée. Même si elle n'a qu'un caractère limité, elle montre que nous travaillons et que nous ne le faisons pas pour rien.

Examen des amendements

Article 1^{er}

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 1 change la dénomination des SIA...*

Catherine Procaccia. - *Ce sigle est déjà dûment déposé par le salon international de l'agriculture !*

Alain Milon, rapporteur. - *... en Sisa, pour : « sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ».*

Jacky Le Menn. - *Nous nous abstiendrons sur l'ensemble des amendements.*

Guy Fischer. - *Nous de même.*

L'amendement n° 1 est adopté.

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 2 précise que les associés des Sisa seront des personnes physiques et que ces sociétés sont des sociétés civiles régies, sous réserve des dispositions de l'article 1^{er}, par le code civil.*

Gilbert Barbier. - *A quelles juridictions seront-elles soumises ?*

Alain Milon, rapporteur. - *Aux juridictions de droit commun.*

Marie-Thérèse Hermange et Isabelle Debré. - *Nous nous abstiendrons.*

Gilbert Barbier. - *Moi aussi.*

L'amendement n° 2 est adopté, ainsi que l'amendement de conséquence n° 3.

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 4 allège la rédaction des conditions de capacité professionnelle exigées des associés des Sisa ; il précise ensuite qu'à la différence des Sisa, ils doivent être inscrits au tableau de l'Ordre dont ils relèvent ; il reprend enfin les dispositions relatives à la composition minimale de ces sociétés et énonce les conséquences de leur non-respect.*

L'amendement n° 4 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 5 est adopté.

L'amendement de précision n° 6 est adopté.

Alain Milon, rapporteur. - Avec l'amendement n° 7, l'enregistrement des Sisa s'effectuera auprès de la recette des impôts et non auprès des ARS comme le prévoit le texte initial.

Guy Fischer. - L'idée était pourtant intéressante.

Alain Milon, rapporteur. - Il s'agit de sociétés civiles, donc astreintes aux mêmes obligations que les autres.

L'amendement n° 7 est adopté, ainsi que les amendements rédactionnels n°s 8 et 10.

Alain Milon, rapporteur. - L'amendement n° 11 supprime l'alinéa mentionnant le compérage.

Muguette Dini, présidente. - Est-il d'ailleurs légitime d'utiliser ce terme ?

Gilbert Barbier. - La formule généralement usitée est celle de « dichotomie ».

L'amendement n° 11 est adopté.

Alain Milon, rapporteur. - Comme le suivant, l'amendement n° 12 limite la portée des dispositions spécifiques de l'article L. 4043-2 du code de la santé publique au cas particulier des associés frappés d'une interdiction d'exercer.

L'amendement n° 12 est adopté, ainsi que l'amendement de conséquence n° 13.

Gilbert Barbier. - Le texte a été tellement reconfiguré par cette série d'amendements qu'il est bien difficile d'avoir une idée de son état consolidé !

L'article 1^{er} est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2

Alain Milon, rapporteur. - L'amendement n° 14 précise la définition des maisons de santé dont un décret en Conseil d'Etat prévoira les règles de fonctionnement.

L'amendement n° 14 est adopté, ainsi que l'amendement de coordination n° 15.

Alain Milon, rapporteur. - L'amendement n° 16 traite du secret médical et de la communication d'informations sur le patient.

L'amendement n° 16 est adopté.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 3

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 26 du Gouvernement harmonise l'indemnisation des médecins participant à la permanence des soins. J'y suis favorable.*

L'amendement n° 26 est adopté ; l'article additionnel est inséré.

Article 5

Alain Milon, rapporteur. - *La proposition de loi propose de rétablir dans leur rédaction antérieure des articles qui ont été supprimés à la suite de la loi HPST. L'amendement n° 22 en actualise donc la rédaction.*

L'amendement n° 22 est adopté.

L'article 5 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 6

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 17 supprime l'article 6 dont la rédaction, en l'état, n'est pas satisfaisante. En revanche, je suis très disposé à ce qu'un autre dispositif lui soit substitué et je donnerai un avis favorable aux amendements extérieurs qui proposeront une rédaction acceptable.*

Sylvie Desmarescaux. - *La loi HPST est peut-être allée trop loin en demandant le coût détaillé des appareillages.*

Muguette Dini, présidente. - *Mais qu'en est-il de la traçabilité qui me semble être un élément d'information essentiel ?*

Sylvie Desmarescaux. - *Il n'est pas difficile de disposer de la facture de la prothèse réalisée dans tel ou tel pays, mais c'est le détail du coût de l'acte qui a posé problème.*

Guy Fischer. - *Parce que les chirurgiens-dentistes se rémunèrent avec les prothèses pour compenser la sous-tarifcation des actes.*

Isabelle Debré. - *Je l'ai dit, il faut régler la question du coût de la prothèse. Nos concitoyens veulent le connaître, ils souhaitent être sûrs qu'il n'y a pas d'abus. On n'a pas besoin pour autant d'un coût détaillé : il suffit d'assurer la traçabilité. Je ne voterai donc pas la suppression, qui nous interdirait de débattre de l'amendement de Catherine Procaccia.*

Muguette Dini, présidente. - *Nous examinerons l'amendement de Catherine Procaccia quoiqu'il arrive. Au stade de l'examen en commission, on ne procède pas de la même manière qu'en séance publique. Qu'en pense le rapporteur ?*

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 35 n'est pas compatible avec le nôtre dès lors qu'il maintient le texte initial de la proposition de loi pour le compléter et sa rédaction n'est pas satisfaisante. Je préférerais que le Gouvernement ait à se prononcer sur un amendement extérieur proposant un*

article additionnel. Occupons-nous surtout de la traçabilité, qui est une affaire de santé publique.

Catherine Procaccia. - *Je préférerais que nous adoptions mon amendement de manière à nous donner le temps de la réflexion et à le retravailler car je conviens que ma rédaction n'est peut-être pas très juridique.*

Muguette Dini, présidente. - *Vous pourrez en faire un article additionnel si nous adoptions l'amendement du rapporteur.*

L'amendement de suppression n° 17 est adopté ; en conséquence, l'article 6 est supprimé.

Article additionnel après l'article 6

Catherine Procaccia. - *Je rectifie mon amendement n° 35 pour en faire un article additionnel.*

Gilbert Barbier. - *Cet amendement est extrêmement compliqué. Il émane d'une organisation que nous connaissons bien et soulèvera un tollé.*

Muguette Dini, présidente. - *En adoptant l'amendement de suppression n° 17 du rapporteur, nous avons donc maintenu le texte originel de la loi HPST. Or, Jean-Pierre Fourcade nous a annoncé le dépôt futur d'un texte complétant cette loi. Je rappelle par ailleurs que les décrets d'application de celle-ci se rapportant à la facturation des prothèses ne sont pas encore parus, et c'est là le point regrettable. Nous aurons de toute façon l'occasion d'examiner les amendements extérieurs à notre texte d'aujourd'hui la semaine prochaine si une nouvelle rédaction de l'article 6 devait être proposée.*

Isabelle Debré. - *Je m'interroge sur la procédure à suivre après la suppression de l'article 6.*

Alain Milon, rapporteur. - *Je m'en remettrai à la sagesse sur l'amendement n° 35 rectifié.*

Gilbert Barbier. - *La complexité de la proposition aggraverait encore la situation de cette corporation qui est déjà vent-debout contre la réforme. Essayons plutôt de trouver un meilleur texte.*

L'amendement n° 35 rectifié est rejeté.

Article 7

Alain Milon, rapporteur. - *La proposition de loi vise à donner au directeur général de l'ARS la possibilité de suspendre ou de fermer un centre de santé. L'amendement n° 18 prévoit que la décision de suspension sera motivée.*

L'amendement n° 18 est adopté.

L'article 7 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 8

Alain Milon, rapporteur. - *Parce que l'Etat et l'assurance maladie doivent conserver un droit de regard sur le Fiqcs, l'amendement n° 19 supprime l'article 8.*

L'amendement n° 19 est adopté ; en conséquence, l'article 8 est supprimé.

Article 9

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 28 propose de s'en tenir au texte de la loi HPST sur les fondations hospitalières, qui est satisfaisant.*

L'amendement n° 28 est adopté ; en conséquence, l'article 9 est supprimé.

Article additionnel après l'article 9

Alain Milon, rapporteur. - *Voici, avec l'amendement n° 23, le Sunshine Act. Le rapport remis il y a dix jours au Président de la République le montre bien, les conflits d'intérêts ne se limitent pas à la sphère de la santé publique. Nous nous inscrivons dans le prolongement de nos travaux sur la grippe H1N1, qui nous avaient conduits à recommander un fichier national des contrats passés entre les médecins et l'industrie, tenu par le Conseil national de l'Ordre, et nous nous situons par rapport au Physician Payments Sunshine Act, sans oublier les déclarations du ministre de la santé, Xavier Bertrand, après la remise du rapport de l'Igas sur le Mediator.*

Catherine Procaccia. - *Je voterai contre une disposition que je trouve prématurée : nous aurons un nouveau rapport dans un mois.*

Gilbert Barbier. - *L'amendement, s'il propose d'accomplir un premier pas, reste très insuffisant. Le Conseil national de l'Ordre des médecins n'a pas la capacité de sanctionner les éventuels abus, il faudrait lui transmettre les plaintes. Comment pourrait-il publier un communiqué de presse sur une telle affaire ? Il serait nécessaire de modifier sa juridiction. En outre, ce que l'on dit pour l'Ordre des médecins vaut pour les pharmaciens. Si on l'oublie, on aura un retour de bâton dangereux.*

Alain Milon, rapporteur. - *Je vous rappelle les conclusions de notre commission d'enquête sur la grippe H1N1. Par ailleurs, j'ai auditionné le président du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui est demandeur de ce type d'amendement.*

Marie-Thérèse Hermange. - *Il conviendrait de faire également référence au rapport établi par notre mission d'information sur les médicaments, créée à la suite de l'affaire du Vioxx... Je ne m'opposerai pas à cet amendement, je proposerai ultérieurement de lui apporter des modifications.*

L'amendement n° 23 est adopté ; l'article additionnel est inséré.

Article 10

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 20 nous permettra d'adopter celui du Gouvernement n° 27 après avoir précisé que l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, l'Eprus, ne pourra pas faire appel à la réserve sanitaire pour répondre à de simples situations de tension au niveau du personnel - par exemple à l'arrêt maladie d'une sage-femme.*

L'amendement n° 20 est adopté, ainsi que l'amendement n° 27.

L'article 10 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 11

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 29 précise le champ d'application de la sanction pénale en cas de non-signalement d'événement sanitaire grave ou inhabituel.*

L'amendement n° 27 est adopté.

L'article 11 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 12

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 21, relatif au consentement du patient à la transmission des dossiers papier, supprime l'article 12.*

Catherine Procaccia. - *Je m'abstiendrai sur cet amendement.*

L'amendement n° 21 est adopté ; en conséquence, l'article 12 est supprimé.

Article 13

L'amendement de suppression n° 30 est adopté ; en conséquence, l'article 13 est supprimé.

Article additionnel avant l'article 14

Alain Milon, rapporteur. - *L'occasion fait le larron. Au cours de l'examen de la loi HPST, nous avons beaucoup discuté des groupements de coopération sanitaire avant de nous opposer, en vain, à la création des groupements d'établissement : on peut difficilement faire cohabiter le privé et le public dans le même établissement, d'où l'amendement n° 24 qui abroge ces dispositions.*

Catherine Procaccia. - *Je m'abstiendrai.*

L'amendement n° 24 est adopté ; l'article additionnel est inséré.

Article 16

L'amendement rédactionnel n° 25 est adopté.

L'article 16 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Articles additionnels après l'article 16

Alain Milon, rapporteur. - *Je suggère aux auteurs de retirer leur amendement n° 31 afin que le Gouvernement puisse répondre aux questions qu'il soulève.*

Marie-Thérèse Hermange. - *Pourquoi rencontre-t-on de tels obstacles pour promouvoir la dialyse à domicile ?*

Alain Milon, rapporteur. - *J'entends bien votre demande, mais je voudrais que le Gouvernement y réponde d'abord. Si un amendement extérieur lui permet de prendre position, je lui donnerai un avis favorable.*

Gilbert Barbier. - *Si la commission intégrait cette disposition dans son texte, rien n'interdirait au Gouvernement d'en demander la suppression, et donc d'en parler en séance.*

Sylvie Desmarescaux. - *Pourquoi ne peut-on avoir une réponse dès aujourd'hui ?*

Muguette Dini, présidente. - *Si on inscrit cette mesure dans le texte maintenant et qu'il ne fait pas l'objet d'amendement de suppression, nous n'aurons pas de discussion formelle sur cette question au moment de la séance publique.*

Marie-Thérèse Hermange. - *Il faut que la dialyse à domicile progresse.*

Alain Milon, rapporteur. - *Avis favorable...*

L'amendement n° 31 est adopté ; l'article additionnel est inséré.

Alain Milon, rapporteur. - *L'amendement n° 32 relevant plutôt du projet de loi de financement, j'en demande le retrait.*

Sylvie Desmarescaux. - *Il reprend une proposition de loi du président About que le Sénat avait adoptée.*

Marie-Thérèse Hermange. - *Je le redéposerai.*

L'amendement n° 32 est retiré, ainsi que les amendements n°s 33 et 34.

L'ensemble de la proposition de loi est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 1^{er} Société interprofessionnelle ambulatoire			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1	Nouvelle rédaction	Adopté
Rapporteur	2	Nouvelle rédaction	Adopté
Rapporteur	3	Nouvelle rédaction	Adopté
Rapporteur	4	Nouvelle rédaction	Adopté
Rapporteur	5	Rédactionnel	Adopté
Rapporteur	6	Nouvelle rédaction	Adopté
Rapporteur	7	Nouvelle rédaction	Adopté
Rapporteur	8	Rédactionnel	Adopté
Rapporteur	10	Rédactionnel	Adopté
Rapporteur	11	Suppression	Adopté
Rapporteur	12	Suppression	Adopté
Rapporteur	13	Amendement de conséquence (suppression)	Adopté

Article 2 Maisons de santé, respect du secret médical dans les structures de soins ambulatoires			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	14	Nouvelle rédaction	Adopté
Rapporteur	15	Amendement de conséquence (suppression)	Adopté
Rapporteur	16	Suppression	Adopté

Article additionnel après l'article 3 Modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gouvernement	26	Permanence des soins en établissements de santé	Adopté

Article 5			
Rétablissement des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	22	Rédactionnel	Adopté

Article 6			
Suppression de l'obligation d'information sur le prix d'achat des prothèses dentaires			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	17	Suppression	Adopté

Article additionnel après l'article 6			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Procaccia	35 rect.	Traçabilité des appareillages	Rejeté

Article 7			
Suspension ou fermeture des centres de santé par le directeur général de l'ARS			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	18	Nouvelle rédaction	Adopté

Article 8			
Pouvoir de décision des ARS en matière de prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie de dépenses des réseaux de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	19	Suppression	Adopté

Article 9			
Fondations hospitalières			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	28	Suppression	Adopté

Article additionnel après l'article 9			
Publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	23	Publication des liens d'intérêts	Adopté

Article 10			
Réforme de la réserve sanitaire			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gouvernement	27	Harmonisation	Adopté
Rapporteur	20	Suppression de dispositions	Adopté

Article 11			
Lutte contre la propagation internationale des maladies			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	29	Précision d'une référence	Adopté

Article 12			
Dispense du consentement exprès des personnes concernées à l'hébergement des données de santé déjà collectées par les établissements de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	21	Suppression	Adopté

Article 13			
Fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	30	Suppression	Adopté

Article additionnel avant l'article 14			
Abrogation des dispositions du code de la santé publique relatives au groupement de coopération sanitaire-établissement			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	24	Abrogation des dispositions relatives au groupement sanitaire de coopération	Adopté

Article 16 Procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	25	Rédactionnel	Adopté

Article(s) additionnel(s) après l'article 16 Développement des alternatives à l'hospitalisation et des dialyses à domicile			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Hermange	31	Développement des alternatives à l'hospitalisation et des dialyses à domicile	Adopté
Desmarescaux	32	Prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans certaines structures sociales ou médico-sociales	Retiré
Desmarescaux	33	Rémunération des stages des élèves et étudiants travailleurs sociaux	Retiré
Desmarescaux	34	Saisine du juge aux affaires familiales	Retiré

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 align="center">Code de la santé publique</p>	<p align="center">Article 6</p>	<p align="center">Article 6</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>Le premier alinéa de l’article L. 1111-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
<p>.....</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>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>		

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

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.

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.

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.

Art. L. 3131-11. – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État, notamment :

a) Les conditions de mobilisation successive des moyens au niveau du département, de la zone de défense ou au niveau national selon la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes ;

b) La procédure d'élaboration des plans blancs du département et de la zone de défense ;

c) Le rôle et le mode de désignation des établissements de référence mentionnés à l'article L. 3131-9.

Texte de la proposition de loi

2° À la première phrase de l'article L. 3131-5, les mots : « ou d'alerte épidémique » sont supprimés ;

3° L'article L. 3131-6 est abrogé ;

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 » ;

5° Le *a* de l'article L. 3131-11 est ainsi rédigé :

« *a*) Le contenu du plan zonal de mobilisation des moyens pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ; »

6° Au *b* de l'article L. 3131-11, les mots : « de la zone de défense » sont remplacés par les mots : « du plan zonal de mobilisation ».

Texte de la Commission

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-pompiers 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 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 14</p> <p>Sans modification</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 —
<p>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> <p>.....</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>.....</p>	<p>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>II. – Le premier alinéa du II est complété par les mots : « au sens du III. »</p>	<p>Article 16</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>I. – Il est <i>complété par un paragraphe III</i> ainsi rédigé :</p> <p>« III. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p>
<p>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>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>