***Extraits :40 des Amendements déposés pour Loi de santé de 2015 le 23 novembre 2015***

1. ***AMENDEMENT N°174*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud, Mme Boyer et M. Tardy* |

***ARTICLE PREMIER***

Après l’alinéa 5, insérer l’alinéa suivant :

« Les associations d’usagers agréées par les agences régionales de santé, les établissements de santé publics et privés, ainsi que les professions libérales du secteur sanitaire et social, aident à la définition de cette politique de santé par le biais de la démocratie sanitaire. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Tous les acteurs de santé contribuent à la politique de santé.

La démocratie sanitaire est un élément essentiel de nature à permettre à l’ensemble des acteurs du système de santé de s’impliquer dans l’élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé et contribuent à sa vitalité en organisant la représentation des associations d’usagers agréées. Elle constitue ainsi un facteur de développement d’une réponse adaptée aux besoins de soins et contribue à éclairer l’État dans le pilotage du système de santé et la définition de sa politique.

À cet effet, faire vivre la démocratie sanitaire implique de :

– développer la concertation et le débat public,

– améliorer la participation des acteurs de santé et des usagers du système de santé dans la gouvernance système à tous les niveaux,

– promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

La démocratie sanitaire concerne l’ensemble des acteurs parties prenantes du système de santé : usagers comme les professionnels. Elle doit donc impliquer les associations d’usagers agréées, les structures de santé publiques et privées et les professions libérales du secteur sanitaire et social.

1. ***AMENDEMENT N°175*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud, Mme Boyer et M. Tardy* |

***ARTICLE PREMIER***

Après l’alinéa 5, insérer l’alinéa suivant :

« Les établissements de santé publics et privés et les professionnels de santé libéraux contribuent à la mise en œuvre de la politique de santé pour assurer l’équilibre de l’offre de soins dans les territoires. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les établissements de santé publics et privés sont soumis à des autorisations sanitaires délivrées par les représentants de l’État. C’est sur l’ensemble de ces acteurs que l’État s’appuie pour mettre en œuvre la politique de santé, qu’ils soient publics ou privés.

En rappelant l’association de tous les acteurs à la mise en œuvre de la politique de santé, la loi renforce la cohésion du système de santé et favorise l’efficacité de la réponse aux besoins de santé de l’ensemble de la population, tout en garantissant la liberté de choix qui caractérise notre système de santé.

1. ***AMENDEMENT N°765*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Richard, M. Benoit, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Maurice Leroy, M. Morin, M. Reynier, M. Rochebloine, M. Santini, M. Sauvadet, M. Tuaiva, M. Vercamer, M. Philippe Vigier et M. Zumkeller* |

***ARTICLE PREMIER***

Compléter l’alinéa 6 par les cinq phrases suivantes :

« Elle vise à offrir un taux de prise en charge des soins satisfaisant pour toutes et tous, sans condition de revenus. Elle assure aux professionnels et aux professionnelles de santé des revenus attractifs, sans lesquels le niveau d’excellence de recrutement et les obligations liées à ce domaine d’activité ne pourraient être maintenus. Elle est définie de manière à garantir sa soutenabilité financière et poursuit l’objectif d’un déficit nul de l’assurance maladie. Elle favorise la recherche et l’innovation et l’accès au progrès thérapeutique. Elle répond à l’exigence d’efficacité et de proximité. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à définir plus clairement les objectifs de la politique de santé et plus particulièrement ceux passés sous silence par le présent projet de loi.

1. ***AMENDEMENT N°467*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Roumégas, Mme Massonneau, Mme Abeille, M. Alauzet, Mme Allain, Mme Attard, Mme Auroi, M. Baupin, Mme Bonneton, M. Cavard, M. Coronado, M. de Rugy, Mme Duflot, M. François-Michel Lambert, M. Mamère, M. Molac, Mme Pompili et Mme Sas* |

***ARTICLE PREMIER***

À la seconde phrase de l’alinéa 8, substituer au mot :

« qui »

les mots :

« , environnement, conditions de vie, risques chimiques dont les modes de combinaison et d’action dans le temps ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le présent amendement complète l’article premier du projet de loi relatif à la santé en précisant que la surveillance et l’observation de l’état de santé de la population et l’identification de ses principaux déterminants promotion de la santé visée au 12° de l’article L. 1411‑1 du code de la santé publique, dans tous les milieux de vie et la réduction des risques pour la santé liés à des facteurs d’environnement et des conditions de vie susceptibles de l’altérer, s’appuie sur le concept d’exposome dans l’analyse des risques pour la santé de la population. Les relations entre la santé et l’environnement doivent s’inscrire dans une approche transversale multidimensionnelle, symbolisée par le nouveau concept d’exposome. Ce concept d’exposome représente l’ensemble vie entière des expositions physiques extérieures, le contexte psycho-social et les régulations du milieu intérieur, c’est-à-dire l’ensemble des facteurs non génétiques qui peuvent influencer la santé humaine (expositions environnementales, conditions de vie, facteurs liés aux comportements notamment). Il a été introduit dans le PNSE3 qui vient d’être publié, et dont certaines des actions vont permettre d’y répondre. Lors de la troisième conférence environnementale qui s’est tenue les 27 et 28 novembre 2014, la portée de ce concept a été mise en exergue et le souhait de l’introduire dans le code de la santé publique par une disposition législative a émergé.

1. ***AMENDEMENT N°517*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Le Callennec, M. Salen, M. Sermier, M. Straumann, M. Morel-A-L'Huissier, M. Abad, M. Sturni, M. de Mazières, M. Le Fur, M. Fenech, M. Mariani, M. Jacquat, M. Daubresse, M. Guillet, M. Foulon, M. Cinieri, M. Vannson, M. Taugourdeau, M. Wauquiez, Mme Rohfritsch, Mme Fort, M. Cherpion, M. Berrios, M. Woerth, M. Dhuicq, M. Bonnot, M. Tardy, Mme Arribagé, Mme Grosskost, Mme de La Raudière, M. Le Ray, M. Sordi, Mme Schmid, M. Perrut, Mme Genevard, Mme Poletti, M. Herth, M. Breton, M. Lurton, M. Viala, M. Gérard, M. Martin-Lalande, M. Hetzel, M. Lazaro, M. Furst, M. Vitel, M. de Ganay et M. Costes* |

***ARTICLE PREMIER***

Après l’alinéa 21, insérer l’alinéa suivant :

« 10° La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs ; »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à inscrire dans la politique de santé de l’État la formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens aux soins palliatifs.

1. ***AMENDEMENT N°468*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Massonneau, M. Roumégas, Mme Abeille, M. Alauzet, Mme Allain, Mme Attard, Mme Auroi, M. Baupin, Mme Bonneton, M. Cavard, M. Coronado, M. de Rugy, Mme Duflot, M. François-Michel Lambert, M. Mamère, M. Molac, Mme Pompili et Mme Sas* |

***ARTICLE PREMIER***

Compléter l’alinéa 22 par la phrase suivante :

« Elle prend en compte les facteurs individuels liés à la personne, à sa situation sociale, à ses pratiques et à son environnement. ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le diagnostic de certaines pathologies est parfois rendu compliqué du fait de spécificités propre à la personne qui en est atteinte. Prendre en compte les particularités du patient de fait de sa situation sociale de ses pratiques ou de son environnement est souvent un moyen de pallier les difficultés du diagnostic ainsi que d’y apporter les traitements les mieux adaptés.

L’humain et ses spécificités individuelles ne doivent pas être occultés par la dimension systémique de la biologie médicale.

1. **AMENDEMENT N°**469présenté par

|  |
| --- |
| *M. Roumégas, Mme Massonneau, Mme Abeille, M. Alauzet, Mme Allain, Mme Attard, Mme Auroi, M. Baupin, Mme Bonneton, M. Cavard, M. Coronado, M. de Rugy, Mme Duflot, M. François-Michel Lambert, M. Mamère, M. Molac, Mme Pompili et Mme Sas* |

ARTICLE PREMIER

Après l’alinéa 25, insérer l’alinéa suivant

« La stratégie nationale de santé prévoit un objectif chiffré de réduction du taux de maladies chroniques d’ici à 2030. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le respect d’un objectif chiffré de réduction du taux de maladies chroniques implique d’identifier l’ensemble des facteurs responsables de l’épidémie, notamment l’exposition des populations à des facteurs d’environnement.

La question de la santé-environnementale est indissociable du constat fait par l’OMS (Déclaration de New York, 2011) d’une épidémie mondiale de maladies chroniques.

La comparaison avec le Japon, pays au niveau développement et système d’assurance maladie similaire, est instructive : selon le rapport de l’OMS sur les maladies non transmissibles (2011), le taux de maladies chroniques (pour 100 000 personnes) est de 419 pour la France contre 337 au Japon. On peut en déduire que si la France avait le même taux de maladies non transmissibles que le Japon, le nombre d’affections de longue durée, dont le coût global en 2008 était estimé à 79 milliards d’euros, serait diminué de 25 %.

Ce constat met en lumière la probabilité suivante : les facteurs d’environnement, liés aux modes de vie, peuvent expliquer la différence de taux de maladies chroniques entre deux pays au développement similaire. La santé-environnement est donc une des réponses à l’objectif de diminution des maladies chroniques affiché par le Gouvernement. C’est aussi une réponse à la crise budgétaire de notre système de santé, puisqu’en réduisant de 25 % le taux de maladies chroniques, le déficit de l’assurance maladie serait résorbé.

1. ***AMENDEMENT N°683*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Accoyer* |

***ARTICLE 12 BIS***

I. – À l’alinéa 3, substituer aux mots :

« contribuent »

les mots :

« apportent leur appui ».

II. – En conséquence, supprimer l’alinéa 11.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement de repli, rend entièrement facultatif le dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé, prévu à l’article 12 bis en supprimant toute possibilité d’intervention de l’ARS au stade de la constitution de ces communautés.

En effet, la rédaction de cet article, issue des travaux de la commission des affaires sociales, en nouvelle lecture, prévoit que la reprise en main par l’ARS de la constitution du dispositif est automatique dès lors qu’il n’existe pas de mise en place spontanée par les professionnels de santé. Or, la mobilisation des acteurs de terrain ne saurait être imposée ou décrétée par les ARS.

En matière d’organisation des soins ambulatoires, les dispositifs les plus efficients sont les modes d’association souples qui permettent aux professionnels de se coordonner selon les modalités de leur choix, en partant du terrain.

Tel est l’objet de cet amendement.

1. ***AMENDEMENT N°92*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Door, M. Robinet, M. Jacob, M. Abad, M. Aboud, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, Mme Arribagé, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Bénisti, M. Berrios, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Boyer, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Costes, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Devedjian, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Estrosi, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, Mme Genevard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Hetzel, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacquat, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Frédéric Lefebvre, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Mancel, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Olivier Marleix, M. Alain Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Menuel, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pécresse, M. Pélissard, M. Perrut, M. Philippe, M. Poisson, Mme Poletti, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Tian, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Viala, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann* |

***ARTICLE 12 BIS***

I. – À l’alinéa 3, substituer aux mots :

« de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l’article L. 1434‑11 »,

les mots :

« des pôles de santé mentionnés à l’article L. 1411‑11‑2 ».

II. – En conséquence, rédiger ainsi l’alinéa 4 :

« *b)* Après l’article L. 1411‑11‑1 du code de la santé publique, tel qu’il résulte de l’article 12 de la présente loi, il est inséré un article L. 1411‑11‑2 ainsi rédigé : »

III. – En conséquence, supprimer les alinéas 5 et 6.

IV. – En conséquence, à l’alinéa 7, substituer à la référence :

« L. 1434‑11 »

la référence :

« L. 1411‑11‑2 ».

V. – En conséquence, au même alinéa, substituer aux mots :

« communauté professionnelle territoriale de santé »,

les mots :

« pôle de santé »

VI. – En conséquence, substituer à l’alinéa 8 les deux alinéas suivants :

« Le pôle de santé est composé de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de second recours au sens des articles L. 1411‑11 et 1411‑12, le cas échéant regroupés sous la forme d’une ou de plusieurs équipes de soins primaires, ainsi que d’acteurs médico-sociaux et, le cas échéant, sociaux.

« Peuvent participer au pôle de santé les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, ainsi que les groupements de professionnels déjà constitués sur son territoire d’action sous la forme de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, de groupements de coopération sanitaire ou de groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

VII. – En conséquence, à l’alinéa 9, substituer aux mots :

« de la communauté professionnelle territoriale de santé »,

les mots :

« du pôle de santé ».

VIII. – En conséquence, procéder à la même substitution à la fin de l’alinéa 10.

IX. – En conséquence, après l’alinéa 10, insérer l’alinéa suivant :

« Les professionnels de santé participant au pôle de santé peuvent organiser entre eux une activité de télémédecine. »

X. – En conséquence, après l’alinéa 11, insérer l’alinéa suivant :

« *c)* Le chapitre IV, dans sa rédaction résultant de l’article 38 de la présente loi, est complété par un article L. 1434‑11 ainsi rédigé : »

XI. – En conséquence, au début de l’alinéa 12, substituer à la référence :

« L. 1434‑12 »

la référence :

« L. 1434‑11 ».

XII. – En conséquence, à l’alinéa 12, substituer aux mots :

« communautés professionnelles territoriales de santé »,

les mots :

« pôles de santé ».

XIII. – En conséquence, procéder à la même substitution à l’alinéa 15.

XIV. – En conséquence, après le mot : « publique », la fin de l’alinéa 17 est ainsi rédigée :

« disposent d’une période transitoire d’un an pour s’adapter aux dispositions du présent article. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet article issu d’un amendement du Gouvernement adopté en 1ère lecture, propose la création de communautés professionnelles territoriales de territoire. Il constituait certes un progrès par rapport à la version initiale du PJL Santé qui prévoyait, rappelons-le, un « service territorial de santé au public », qui constituait, avec l’instauration du tiers-payant, une des mesures emblématiques de la volonté de la ministre de mettre en place une véritable étatisation de la médecine libérale en donnant des pouvoirs accrus aux ARS.

Pour autant, il n’est pas satisfaisant en l’état.

Il est donc proposé ici de revenir à la version proposée par le Sénat qui constitue un bon compromis : il s’agit de maintenir le dispositif des pôles de santé, actuellement prévus par l’article L. 6323‑4 du code de la Santé, qui avait été introduit par la loi HPST de 2009, tout en les renforçant.

En effet, cette formule de regroupement, actuellement en phase de montée en puissance, laisse entrevoir des résultats encourageants et, d’ores et déjà, des réussites méritant d’être soulignées. Pourquoi, dès lors, déstabiliser l’environnement juridique des regroupements ouverts aux professionnels, si peu de temps après la mise en place des pôles de santé, en proposant un nouveau dispositif s’y substituant.

Les pôles de santé actuellement existants pourront continuer à fonctionner, avec une phase de transition pour s’adapter au dispositif renforcé qui résultera du présent article, ce qui permettra de sécuriser les initiatives existantes et d’assurer leur continuité.

1. ***AMENDEMENT N°93*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Door, M. Robinet, M. Jacob, M. Abad, M. Aboud, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, Mme Arribagé, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Bénisti, M. Berrios, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Boyer, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Costes, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Devedjian, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Estrosi, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, Mme Genevard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Hetzel, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacquat, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, Mme Le Callennec, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Frédéric Lefebvre, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Mancel, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Olivier Marleix, M. Alain Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Menuel, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pécresse, M. Pélissard, M. Perrut, M. Philippe, M. Poisson, Mme Poletti, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Tian, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Viala, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann* |

***ARTICLE 12 BIS***

I. – À l’alinéa 7, supprimer les mots :

« et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l’article L. 1434‑1 ».

II. – En conséquence, rédiger ainsi les alinéas 9 et 10 :

« Les membres du pôle de santé élaborent un projet de santé précisant en particulier son territoire d’action. »

« Ce projet de santé est transmis pour information à l’agence régionale de santé. Il est compatible avec les orientations du projet régional de santé mentionné à l’article L. 1434‑1. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement de repli, rend entièrement facultatif le dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé, prévu à l'article 12 *bis* en supprimant toute possibilité d'intervention de l'ARS au stade de la constitution de ces communautés.

En effet, la rédaction de cet article, issue des travaux de la commission des affaires sociales, en nouvelle lecture, prévoit que la reprise en main par l’ARS de la constitution du dispositif est automatique dès lors qu'il n’existe pas de mise en place spontanée par les professionnels de santé. Or, la mobilisation des acteurs de terrain ne saurait être imposée ou décrétée par les ARS.

En matière d'organisation des soins ambulatoires, les dispositifs les plus efficients sont les modes d’association souples qui permettent aux professionnels de se coordonner selon les modalités de leur choix, en partant du terrain.

Tel est l'objet de cet amendement.

1. ***AMENDEMENT N°767*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Richard* |

***ARTICLE 12 BIS***

À l’alinéa 11, après la première occurrence du mot :

« professionnels »,

insérer les mots :

« dans le délai d’un an qui suit la publication du projet régional de santé ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à laisser un an aux professionnels de santé afin d’organiser et de constituer des communautés professionnelles territoriales de santé.

1. ***AMENDEMENT N°513*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Accoyer* |

***ARTICLE 12 BIS***

À l’alinéa 11, après la troisième occurrence du mot :

« santé »,

insérer les mots :

« et dans le respect de la liberté d’installation ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Amendement de repli.

Cet article 12 *bis* prévoit de donner pouvoir à l’ARS, à défaut de création de communautés professionnelles de santé sur un territoire, de prendre des initiatives pour en constituer une. Il est donc indispensable, dans un tel contexte, de réaffirmer de manière ferme que toute initiative de l’ARS se fait dans le respect de la liberté d’installation mentionnée dans l’article L. 1434‑7 du code de la santé publique.

C’est l’objet de cet amendement.

1. ***AMENDEMENT N°568*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Bechtel, M. Hutin, M. Roig, M. Premat, Mme Fournier-Armand, M. Jibrayel, Mme Chabanne, Mme Carrey-Conte, M. Terrasse, M. Le Roch, M. Féron, M. Delcourt, M. Sauvan, Mme Chapdelaine, M. Blazy, M. Fourage, M. Léonard, Mme Le Dissez et Mme Bruneau* |

***ARTICLE 12 TER***

Après l’alinéa 9, insérer l’alinéa suivant :

« Dans le cas où l’évaluation établie par le directeur général de l’agence régionale de santé et prévue à l’article L. 1434‑8 fait apparaître que les besoins d’accès aux médecins généralistes pour la population ne sont pas satisfaits, le ministre chargé de la santé prend les mesures nécessaires en vue d’assurer le respect du principe posé à l’article L. 111‑2‑1 du code de la sécurité sociale, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l’accès effectif des assurés aux soins sur l’ensemble du territoire. Un décret en Conseil d’État définit les conditions dans lesquelles ces mesures concilient le respect de la libre installation et les besoins d’installation. Il prévoit notamment les modalités selon lesquelles les prestations effectuées par les praticiens ne respectant pas ces conditions peuvent faire l’objet de restrictions dans le remboursement par les organismes de l’assurance-maladie. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La désertification médicale est aujourd’hui un mal qui atteint nombre de nos territoires, marqués notamment par le nombre sans cesse croissant du non remplacement des médecins prenant leur retraite. Les départements ruraux sont particulièrement affectés par cette situation. A titre d’exemple, l’Aisne connait une très faible densité de médecins généralistes, 72 pour 100 000 habitants. La Picardie, région qui elle-même a la plus faible densité de généralistes en France métropolitaine est dotée d’une densité de 77 médecins généralistes pour 100 000 habitants dont près de la moitié, en ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, partiront en retraite entre 2015‑2020.

Tous les remèdes qui ont été jusqu’ici essayés, récemment encore le praticien territorial de santé, ont été sans grand effet.

On peut fonder quelque espoir après les annonces du Président de la République lors du comité interministériel aux ruralités du 14 septembre dernier quant aux nouveaux contrats qui seront signés dans certains territoires pour favoriser l’installation de jeunes médecins. Cependant, le temps est venu de réfléchir à des mesures plus fortes.

Si la qualité de la médecine française n’est pas sans lien avec le principe de libre installation, il n’en reste pas moins que l’État s’est donné à lui-même l’obligation fixée à l’article L. 111‑2‑2 du Code de la sécurité sociale, de garantir l’accès effectif des assurés aux soins sur l’ensemble du territoire.

Ces deux obligations qui ont la même portée normative doivent donc être conciliées et il appartient au ministre de la Santé de pourvoir à cette conciliation en faisant en sorte que la libre installation ne conduise pas systématiquement à renforcer la désertification. Des mesures relatives au niveau du remboursement des soins lorsque l’installation du praticien n’a pas permis de remédier à la désertification en dépit des propositions d’installation qui ont pu lui être faites, doivent être envisagées. Elles doivent se fonder sur l’évaluation établie par le directeur général de chaque ARS prévue à l’article L-1434‑8 du Code de la santé publique. Les conséquences de cette évaluation, aujourd’hui sans effet contraignant, pourrait faire l’objet d’un décret en Conseil d’État qui définirait les cas et conditions dans lesquels, après concertation avec la profession, il pourrait être décidé de ne pas rembourser ou de ne rembourser que partiellement les prestations faites par des praticiens qui auraient refusé jusqu’à trois propositions successives d’installations.

Tel est le sens du présent amendement.

1. ***AMENDEMENT N°718*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Falorni, M. Carpentier, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, M. Moignard, Mme Orliac, M. Robert, M. Saint-André, M. Schwartzenberg et M. Tourret* |

***ARTICLE 12 TER***

À la seconde phrase de l’alinéa 9, après le mot :

« acteurs »,

insérer les mots :

« et les élus des collectivités locales impliqués dans la politique de la ville ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L’article 12*ter* institue le « Pacte Territoire-santé » qui contient 12 engagements avec 3 objectifs : « changer la formation et faciliter l’installation des jeunes médecins » ; « transformer les conditions d’exercice des professionnels de santé » ; « investir dans les territoires isolés ».

On peut noter avec satisfaction que la politique de la Ville est particulièrement associée pour garantir un accès au soin urgents en moins de 30 minutes pour tous les Français, d’ici 2015 avec :

- l’autorisation des professionnels hospitaliers et salariés à appuyer les structures ambulatoires

- l’adaptation des hôpitaux de proximité et la responsabilisation des centres hospitaliers régionaux à l’échelle de leur territoire

- le renforcement des centres de santé.

On peut donc également noter que les élus locaux, et particulièrement les Maires des communes doivent jouer, là, un rôle prioritaire.

Aussi, les élus locaux sont déjà impliqués puisqu’ils font partie intégrante des Conseils territoriaux de santé mais la présence de chaque maire impliqué dans la Politique de la Ville est obligatoire.

Tel est l’objet de cet amendement.

1. ***AMENDEMENT N°185*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud, Mme Boyer et M. Tardy* |

***ARTICLE 14***

Rédiger ainsi l’alinéa 9 :

« Ces fonctions d’appui sont réévaluées régulièrement, en concertation avec les unions régionales de professionnels de santé, et le cas échéant, les commissions mises en place au niveau régional dans le cadre des conventions mentionnées à l’article L. 162‑15 du code de la sécurité sociale, en vue de permettre leur intégration au sein des équipes de soins primaires ou des équipes de soins de proximité et dans les communautés professionnelles territoriales de santé. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Il est indispensable que les fonctions d’appui, qui correspondent à l’ensemble des activités ou des prestations à envisager pour soutenir les professionnels de santé notamment, soit réévaluées en concertation non seulement, avec les URPS, mais aussi avec les commissions conventionnelles régionales.

Par ailleurs, l’intégration de ces fonctions d’appui doit également l’être au sein des équipes de soins de proximité constituées d’équipes de soins primaires et de professionnels de santé assurant des soins de premier et deuxième recours.

1. ***AMENDEMENT N°566*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud, Mme Boyer et M. Tardy* |

***ARTICLE 14***

À la première phrase de l’alinéa 10, après le mot:

« constituer »,

insérer les mots:

« , après avis conforme des équipes de soins primaires ou des pôles de santé ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L’alinéa 10 de l’article 14 prévoit que pour assurer l’organisation des fonctions d’appui définies à l’article L6327‑1, l’agence régionale de santé peut constituer par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d’appui à la coordination des parcours de santé complexes. Il est indispensable que la mise en place de ces plates-formes ait lieu après avis conforme des équipes de soins primaires ou des pôles de santé lorsqu’ils existent.

1. ***AMENDEMENT N°704*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Lurton* |

***ARTICLE 18*** Supprimer cet article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet article prévoit la « généralisation » du tiers-payant intégral pour l’ensemble des assurés en 2017.

Il pose de très nombreuses questions techniques qui font douter de la faisabilité de cette généralisation en 2017. Les cinq organisations représentatives des médecins viennent d’ailleurs d’adopter une résolution commune dans laquelle ils s’opposent à la généralisation à marche forcée du tiers payant. On ne fait pas une réforme devant une opposition unanime des acteurs, la Ministre n’a pas raison contre tout le monde !

Devant l’évidence, le président de la République lui-même avait posé le jeudi 5 février dernier, comme condition à cette généralisation, la simplicité du mécanisme : il ne « sera mis en place que si un mécanisme simple de paiement est possible pour les professionnels de santé ». Ce mécanisme simple n’existe pas aujourd’hui malgré les promesses de la Ministre.

Au-delà, le tiers-payant généralisé coûtera au contribuable et aux professionnels de santé (il faudra résoudre les difficultés techniques, il deviendra difficile de récupérer les franchises, la ministre a annoncé que l’assurance maladie paierait des pénalités si un délai de 7 jours était dépassé pour le paiement etc.) et aura certainement des conséquences inflationnistes sur notre système de soins (l’illusion de la gratuité aidant), est-ce bien la priorité quand l’assurance maladie accuse un déficit de plus de 7 milliards cette année ?

C’est d’autant plus irresponsable que cette mesure coûteuse n’aura pas d’impact positif réel sur l’accès aux soins comme le promet pourtant la majorité.

En effet, le renoncement aux soins est principalement dû au coût de certains soins (optique et dentaire) qui sont peu remboursés par la Sécurité sociale (or le tiers-payant n’aura aucun impact sur le reste à charge dans ces domaines) et aux délais d’attente pour avoir accès à certaines spécialités médicales (raison invoquée pour 67 % des personnes ayant renoncé à des soins selon l’observatoire Ifop pour Jalma paru en février 2015).

Dès lors, il convient de réserver le tiers-payant intégral aux personnes qui en ont réellement besoin (patients à la CMU-c, bénéficiaires de l’ACS, voire certains patients en ALD, les patients qui ont besoin de soins urgents dans les maisons médicales de garde) et certainement pas d’en imposer la mise en place à marche forcée.

C’est pourquoi il convient de supprimer cet article.

1. ***AMENDEMENT N°96*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Door, M. Robinet, M. Jacob, M. Abad, M. Aboud, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, Mme Arribagé, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Bénisti, M. Berrios, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Boyer, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Costes, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Devedjian, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Estrosi, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, Mme Genevard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Hetzel, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacquat, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, Mme Le Callennec, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Frédéric Lefebvre, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Lurton, M. Mancel, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Olivier Marleix, M. Alain Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Menuel, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pécresse, M. Pélissard, M. Perrut, M. Philippe, M. Poisson, Mme Poletti, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Tian, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Viala, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann* |

***ARTICLE 18***

I. – À l’alinéa 3, après le mot :

« appliquent »,

insérer les mots :

« pour les professionnels qui le souhaitent, ».

II. – En conséquence, à l’alinéa 5, après le mot :

« ville »,

insérer les mots :

« qui le souhaitent, ».

III. – En conséquence, procéder à la même insertion à l’alinéa 6.

IV. – En conséquence, à l’alinéa 7, après le mot :

« payant »,

insérer les mots :

« par les professionnels qui le souhaitent, ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet article n’apporte pas les réponses que l’on pourrait légitimement attendre sur la généralisation du tiers-payant, aucune étude d’impact n’est faite pour la bonne raison que le dispositif technique de mise en œuvre n’existe pas et doit encore être trouvé.

La rédaction initiale de l’article 18 restait floue. Cette nouvelle rédaction, introduite par amendement, en première lecture à l’Assemblée nationale, est pire que la précédente, alors qu’elle était censée être issue de la concertation : cet article est rejeté par l’ensemble des syndicats représentatifs des médecins qui sont les principaux concernés.

En effet, si le Gouvernement propose de procéder par étape, il a évolué d’une rédaction qui se voulait générale vers un dispositif très contraignant qui transforme le tiers-payant en un droit pour le patient et donc une obligation pour le professionnel de santé.

Cet amendement de repli vise donc à supprimer les alinéas qui entérinent ce droit à chaque étape pour garder à la généralisation du tiers-payant un caractère facultatif.

Ce « droit » que le Gouvernement brandit comme un étendard n’aura aucun d’impact positif réel sur l’accès aux soins.

En effet, le renoncement aux soins est principalement dû au coût de certains soins (optique et dentaire) qui sont peu remboursés par la Sécurité sociale (or le tiers-payant n’aura aucun impact sur le reste à charge dans ces domaines) et aux délais d’attente pour avoir accès à certaines spécialités médicales (raison invoquée pour 67 % des personnes ayant renoncé à des soins selon l’observatoire Ifop pour Jalma paru en février 2015).

Dès lors, il convient de réserver le tiers-payant intégral aux personnes qui en ont réellement besoin (patients à la CMU-c, bénéficiaires de l’ACS, voire certains patients en ALD, les patients qui ont besoin de soins urgents dans les maisons médicales de garde) et certainement pas d’en imposer la mise en place à marche forcée.

1. ***AMENDEMENT N°694*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Fraysse, M. Asensi, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez et M. Sansu* |

***ARTICLE 18***

À l’alinéa 14, après le mot :

« observations »

insérer les mots :

« dans le délai de trois mois et après seconde notification ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le présent amendement vise à encadrer la procédure de recouvrement de l’indu réalisé par les organismes de Sécurité sociale à l’encontre des professionnels de santé. Ces derniers découvrent parfois avec surprise des montants d’indus très conséquents du fait d’erreurs de saisie de la part des organismes de Sécurité sociale. Le présent amendement vise donc à donner des garanties pour les professionnels de santé leur permettant de contester le caractère indu dans un délai de trois mois.

1. ***AMENDEMENT N°564*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud, Mme Boyer et M. Tardy* |

***ARTICLE 20 BIS A***

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le I de l’article L. 863‑8 du code de la sécurité sociales est ainsi modifié :

« 1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L’organisme assureur mentionne en conséquence explicitement dans son contrat que l’assuré ou adhérent a la faculté de choisir les professionnels, les services et établissements de santé auxquels il souhaite recourir. Cette information est également délivrée, dans des conditions définies par arrêté, lors de l’interrogation par l’assuré, des conditions de sa prise en charge. » ;

« 2° La première phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « négociés entre le gestionnaire du réseau, d’une part, et les organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé concernés, d’autre part » ;

« 3° La seconde phrase du quatrième alinéa est supprimée. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La constitution de réseaux de référencement encadrée par l’article L863‑8 du code de la sécurité sociale limitant le nombre de partenaires opticiens (numérus clausus) exclut de facto des professionnels qui, bien que répondant à l’ensemble des critères qualitatifs et quantitatifs, ne peuvent intégrer le réseau limité en nombre, diminuant par la même la proximité et donc l’accessibilité des professionnels pour les assurés (conduisant certains à devoir faire plusieurs km pour se rendre chez un opticien partenaire) et génère à grande échelle des distorsions de concurrence.

Qui plus est, l’effet cumulatif des réseaux conduit dans certaines régions à mettre en position de dépendance économique forte certains opticiens qui en l’absence de référencement peuvent se voir privés de près de 30 % de leur clientèle dont la « liberté » est largement remise en cause par la contrainte financière induite d’un remboursement minoré à tarif et équipement équivalent s’il se rend chez un opticien hors réseau.

Si cette mesure permettant aux organismes complémentaires à l’assurance maladie d’établir des conventions de partenariat peut se concevoir dans un contexte où ce sont ces organismes qui remboursent une part majoritaire de la dépense optique, il est essentiel que les réseaux soient ouverts et que ces pratiques soient encadrées afin que soient effectivement garantis le principe du libre choix par l’assuré de son opticien, le principe du libre choix par l’assuré de son équipement, le principe du libre reste à charge.

A défaut, le danger est de privilégier exclusivement la gestion du risque assurantiel, sans que le système bénéficie directement au consommateur/patient, voire agisse à son détriment en matière de libre accès à la qualité ou à l’innovation. Ceci est d’autant plus vrai depuis l’instauration parallèle des plafonnements de remboursement optique par la loi de financement de la sécurité sociale 2015.

C’est, malheureusement, après plus d’un an de mise en œuvre du texte, ce qui se vérifie aujourd’hui.

Cet amendement vise donc à garantir :

que ces conventions de partenariat seront accessibles à tous les professionnels qui le demandent en supprimant le nombre limité d’adhésion pour les opticiens d’une part,que les critères de sélection des professionnels soient négociés avec les organisations professionnelles et non imposés discrétionnairement par les OCAM ou leur plateforme : négociation préalable à l’échelle nationale afin de garantir la transparence des contrats et préserver les intérêts collectifs de la profession, tout en écartant les risques de distorsion de concurrence que la liberté de choix de l’assuré lui soit effectivement garantie et rappelée dans son contrat (A l’instar de l’article L211‑5‑1 du code des assurances et l’arrêté du 29 décembre 2014 obligeant l’information des assurés auto) et au moment de la demande de prise en charge.

Tel est l’objet de cet amendement.

1. ***AMENDEMENT N°54*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Lurton, M. Cinieri, M. Perrut, M. Fenech, M. Jacquat, Mme Schmid, Mme Duby-Muller, M. Vitel, Mme Zimmermann, M. Siré, M. Daubresse, M. Hetzel, M. Costes, M. Fasquelle et Mme Poletti* |

***ARTICLE 21***

Compléter l’alinéa 3 par les mots :

« ainsi que des organismes représentant les établissements de santé publics et privés, les professionnels libéraux de la santé et des associations d’usagers agréées. ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Ce service doit être un pôle de ressources pour les professionnels de santé, les établissements de santé publics et privés ainsi que pour les patients à l’instar de ce que l’on observe dans de nombreux pays. En outre, il doit être animé dans un esprit collaboratif entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les représentants des usagers. C’est pour cela qu’il doit être accessible aux organismes qui les représentent.

1. ***AMENDEMENT N°28*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Cinieri, M. Vitel, M. Fenech, M. Fromion, M. Ginesy, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud, M. Daubresse, M. Couve, Mme Pons, M. Gandolfi-Scheit, M. Salen, M. Lazaro et M. Aubert* |

***ARTICLE 25***

À l’alinéa 16, après le mot :

« médico-social »,

insérer les mots :

« , réunis autour et sous la responsabilité du médecin traitant, ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L’article 25 du projet de Loi permet à une équipe de soins de partager les informations concernant une même personne, qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Cette équipe de soins est définie comme un ensemble de professionnels, participant directement au profit d’un même patient à la réalisation d’un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d’autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination. Il est impératif que ceux-ci soient réunis autour et sous la responsabilité du médecin traitant.

1. ***AMENDEMENT N°553*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Poletti, M. Lurton, M. Door et M. Perrut* |

***ARTICLE 25***

À l’alinéa 23, substituer aux mots :

« au moins un professionnel de santé »

les mots :

« uniquement des professionnels de santé et des personnels exerçant dans un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie, un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l’article L. 312‑1 du code de l’action sociale et des familles ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La définition de l’équipe de soins refonde totalement le système de santé français. Elle ouvre en effet le secteur de la santé à des non professionnels de santé, supprime le libre choix du patient, et remet en question l’existence d’un exercice libéral des professionnels de santé.

On ne peut admettre qu’aucune limite quant à la qualité des membres de l’équipe de soins ne soit posée. La qualification d’équipe de soins est octroyée à un ensemble de professionnels dès lors qu’un seul et unique professionnel de santé en fait partie, la présence d’un médecin étant optionnelle.

La conséquence immédiate de cette définition extensive de l’équipe de soins est que les données de santé sont réputées confiées par le patient à cet ensemble de professionnels dénommé « équipe de soins ». Le secret médical ou professionnel qui vise à protéger l’intimité et les intérêts des patients soignés est sacrifié. Il convient donc de rectifier cette définition extensive en limitant l’équipe exclusivement à des professionnels de santé et des personnels exerçant dans un établissement de santé, un établissement ou service social et médico-social. Il est important que le partage d’informations médicales soit fait au sein d’une équipe de soins composée uniquement de professionnels de santé pour éviter toute mauvaise compréhension sanitaire des données ainsi divulguées et une réutilisation à d’autres fins.

Tel est l’objet de cet amendement.

1. ***AMENDEMENT N°615*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Le Houerou, M. Sirugue, Mme Michèle Delaunay, M. Cordery, Mme Clergeau, Mme Bulteau, M. Gille, M. Ferrand, M. Issindou, M. Robiliard, Mme Rabin, M. Villaumé, M. Premat, Mme Alaux, Mme Chapdelaine, Mme Tolmont, Mme Bruneau, Mme Le Dissez, M. Pellois, Mme Marcel, Mme Gourjade, Mme Françoise Dubois, M. Bacquet, Mme Guittet, M. Fourage, M. Ménard, M. Marsac, M. Daniel, M. Boudié, M. Burroni, Mme Martinel, Mme Sandrine Doucet, M. Kalinowski, Mme Santais, M. Juanico, M. Lesage, M. Pouzol, Mme Chabanne et M. Philippe Baumel* |

***ARTICLE 30 BIS A***

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Les sixième, huitième, et neuvième alinéas de l’article L. 4311‑15 sont supprimés à compter du 1er janvier 2017 ;

« 2° Le chapitre II du titre Ier du livre III de la quatrième partie est abrogé à compter du 1er janvier 2017. ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

En 2004, des ordres nationaux obligatoires ont été créés pour les masseurs – kinésithérapeutes et les pédicures- podologues, puis en 2006 pour les infirmiers aux fins d’assurer la mise en place d’une organisation unique des professions de santé. L’adhésion à ces ordres professionnels est obligatoire pour l’ensemble des praticiens nonobstant leur mode d’exercice (libéraux, salariés ou mixtes) et constitue une condition préalable à la licéité de l’exercice professionnel.

La loi du 21 décembre 2006 portant création de l’Ordre national des infirmiers (ONI) avait à l’époque suscité de vives réactions émanant des infirmiers. La majorité d’entre eux (80 %) s’opposaient à la création d’une structure ordinale, ainsi qu’à l’obligation d’y adhérer.  
Cette opposition de principe a malheureusement perduré par la suite. En 2008, 87 % des infirmiers avaient refusé de voter lors des élections nationales. En 2014, ils étaient encore 80 % à s’abstenir et ce malgré la forte incitation faite auprès des nouveaux diplômés. Les élections des conseils régionaux, qui ont eu lieu le 29 janvier 2015, n’ont guère enregistré plus de votants dans la mesure où le taux de participation a été de 22 %.

Contrairement aux infirmiers libéraux, le besoin d’adhérer à l’ordre est très faible chez les infirmiers salariés. Or, ces derniers représentent 4 infirmiers sur 5, soit une très large majorité de la profession. En outre, les difficultés de gestion rencontrées par l’ordre, et notamment son manque de transparence, n’ont guère permis d’apaiser les tensions initiales. Force est donc de constater que neuf années après sa création, l’ordre ne recueille toujours pas l’assentiment des professionnels de santé et que l’opposition de principe perdure.

Cette situation de blocage a entraîné des conséquences désastreuses. 80 % des infirmiers ont refusé de s’inscrire à l’ONI, ce qui met plus de 430 000 professionnels en situation de « pratique illégale » avec des risques de contentieux importants. L’ordre n’est absolument pas représentatif de la profession et crée des tensions en son sein alors qu’il devrait avoir pour vocation de la rassembler.

Cet amendement a donc pour objet la suppression de l’inscription automatique des infirmiers au tableau de l’ordre, et corrélativement la suppression de l’ordre infirmier. Cela implique d’apporter des précisions réglementaires sur le transfert des missions actuellement exercées par l’Ordre national des infirmiers. Afin de faciliter ce transfert, il est proposé de différer la suppression de l’ordre infirmier au 1er janvier 2017.  
Certaines missions dévolues à l’ordre mobilisent un budget conséquent et n’apparaissent pas opportunes. Elles sont également souvent exercées en doublon avec d’autres structures (Haute autorité de Santé, Haut conseil des professions paramédicales et Agences régionales de santé). Il convient donc d’organiser leur transfert vers d’autres organismes, plus à même de répondre aux attentes de la profession dans un climat apaisé.

Concernant les missions de suivi de la démographie de la profession d’infirmier, de production de données statistiques homogènes et d’étude de l’évolution prospective des effectifs de la profession, il convient de noter qu’elles sont en partie assurées par la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation statistique (DREES) et par le répertoire Automatisation des listes (ADELI). En outre, le suivi des données statistiques par l’Ordre national des infirmiers est réalisé de façon sporadique. Cette mission pourrait être confiée aux Agences régionales de santé, qui pourront poursuivre leur travail annuel de recensement des professions de santé. Les infirmiers devront alors s’inscrire sur le fichier ADELI. Toutefois, bien que cet outil soit le plus fiable, il souffre de certaines lacunes. Des modifications devront donc être apportées afin de couvrir l’ensemble des missions exercées précédemment par l’ordre. Le fichier ADELI devra ainsi intégrer les salariés afin de représenter la totalité de la profession infirmière. Il serait également judicieux qu’il reprenne le rapport statistique sur la démographie et la situation des professions de santé, élaboré pour l’instant par la DRESS.

Concernant la diffusion des règles de bonnes pratiques, il est proposé que ce soit la Haute autorité de santé qui reprenne cette mission. Cette proposition est d’autant plus légitime que l’ordre exerce déjà cette compétence en coordination avec la Haute autorité.  
Concernant la défense de l’honneur, de l’indépendance de la profession d’infirmier ainsi que de sa promotion, cette mission peut aisément être assurée par un syndicat ou une association.

L’évolution de la profession et son positionnement dans le parcours de soin pourrait, elle, relever de la compétence du Haut conseil des professions paramédicales.

L’Ordre national des infirmiers a également comme mission de vérifier les garanties « de compétence, de moralité et d’indépendance » requises pour l’exercice de la profession à l’occasion de l’inscription au tableau. Cette vérification intervient après que les contrôles d’identité et de casiers judiciaires ont été effectués à l’inscription à la formation. Seule la détention d’un diplôme d’État venant sanctionner une formation initiale conditionne le droit à l’exercice de cette profession. Nombres de professions de santé exercent tous les jours leurs compétences à raison uniquement de leur diplôme. C’est le cas des ergothérapeutes, des orthoptistes ou encore des psychomotriciens mais aussi des infirmiers puisque la plupart d’entre eux ne cotisent pas à l’ordre.

Enfin, les faibles taux de litiges portés devant les chambres disciplinaires de première instance et d’appels laissent penser qu’il serait envisageable de transférer l’ensemble du contentieux de l’ordre aux Agences régionales de santé ou aux tribunaux de droit commun. Ce transfert est d’autant plus justifié que l’ordre souffre d’un défaut de représentativité patent, ce qui entraîne une contestation fréquente des jugements rendus.

1. ***AMENDEMENT N°617*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Le Houerou, M. Sirugue, Mme Michèle Delaunay, M. Cordery, Mme Clergeau, Mme Bulteau, M. Gille, M. Ferrand, M. Issindou, Mme Rabin, M. Villaumé, M. Pellois, M. Pouzol, M. Premat, Mme Alaux, Mme Chapdelaine, Mme Tolmont, M. Boudié, Mme Bouillé, Mme Bruneau, Mme Le Dissez, Mme Marcel, Mme Gourjade, Mme Françoise Dubois, Mme Sandrine Doucet, M. Bacquet, Mme Guittet, M. Fourage, M. Ménard, M. Daniel, M. Burroni, M. Marsac, Mme Martinel, M. Kalinowski, Mme Santais, M. Juanico, M. Lesage, Mme Chabanne, M. Philippe Baumel et M. Delcourt* |

***ARTICLE 30 BIS A***

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Les sixième, huitième, et neuvième alinéas de l’article L. 4311‑15 sont supprimés ;

« 2° Après le mot :« groupant », la fin du premier alinéa de l’article L. 4312‑1 est ainsi rédigée : « tous les infirmiers habilités à exercer en France ayant librement et volontairement adhéré audit ordre. » ;

« 3° Le dernier alinéa de l’article L. 4312‑5 est supprimé. ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

En 2004, des ordres nationaux obligatoires ont été créés pour les masseurs – kinésithérapeutes et les pédicures- podologues, puis en 2006 pour les infirmiers aux fins d’assurer la mise en place d’une organisation unique des professions de santé. L’adhésion à ces ordres professionnels est obligatoire pour l’ensemble des praticiens nonobstant leur mode d’exercice (libéraux, salariés ou mixtes) et constitue une condition préalable à la licéité de l’exercice professionnel.

La loi du 21 décembre 2006 portant création de l’Ordre national des infirmiers (ONI) avait à l’époque suscité de vives réactions émanant des infirmiers. La majorité d’entre eux (80 %) s’opposaient à la création d’une structure ordinale, ainsi qu’à l’obligation d’y adhérer.  
Cette opposition de principe a malheureusement perduré par la suite. En 2008, 87 % des infirmiers avaient refusé de voter lors des élections nationales. En 2014, ils étaient encore 80 % à s’abstenir et ce malgré la forte incitation faite auprès des nouveaux diplômés. Les élections des conseils régionaux, qui ont eu lieu le 29 janvier 2015, n’ont guère enregistré plus de votants dans la mesure où le taux de participation a été de 22 %.

Contrairement aux infirmiers libéraux, le besoin d’adhérer à l’ordre est très faible chez les infirmiers salariés. Or, ces derniers représentent 4 infirmiers sur 5, soit une très large majorité de la profession. En outre, les difficultés de gestion rencontrées par l’ordre, et notamment son manque de transparence, n’ont guère permis d’apaiser les tensions initiales. Force est donc de constater que neuf années après sa création, l’ordre ne recueille toujours pas l’assentiment des professionnels de santé et que l’opposition de principe perdure.

Cette situation de blocage a entraîné des conséquences désastreuses. 80 % des infirmiers ont refusé de s’inscrire à l’ONI, ce qui met plus de 430 000 professionnels en situation de « pratique illégale » avec des risques de contentieux importants. L’ordre n’est absolument pas représentatif de la profession et crée des tensions en son sein alors qu’il devrait avoir pour vocation de la rassembler.

Cet amendement ne vise pas à supprimer l’Ordre national des infirmiers mais à supprimer l’obligation pour les infirmiers de s’inscrire à l’ordre professionnel afin de la rendre uniquement facultative pour les professionnels exerçant une activité libérale, salariée ou mixte. Le caractère obligatoire de l’inscription des professionnels au tableau de l’ordre est corrélativement supprimé, tout comme le droit d’accès par les instances ordinales aux listes nominatives des professionnels employés par les structures publiques et privées en vue des inscriptions automatiques.

1. ***AMENDEMENT N°554*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Door, Mme Poletti, M. Jean-Pierre Barbier, M. Jacquat et M. Lurton* |

***ARTICLE 32 QUATER B*** Supprimer cet article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Un renouvellement d’un équipement optique doit s’accompagner d’un dépistage pathologique, car certaines atteintes asymptomatiques, à savoir ni douleur, ni baisse d’acuité et ni œil rouge, peuvent être présentes et doivent être dépistés.

Or les opticiens ou les orthoptistes même avec un protocole, ne sont pas compétents au dépistage et ne peuvent assurer la sécurité sanitaire dont les français doivent bénéficier.

Il suffit de regarder la formation initiale des ces deux acteurs pour s’apercevoir que les orthoptistes actuellement diplômés n’ont aucune formation sur le biomicroscope. Pour les opticiens, il en est de même depuis 1999.

Pourtant, cet appareil est l’élément indispensable et irremplaçable par tout autre appareil dans la chaine du dépistage oculaire.

Plus grave encore, même en imposant une formation à son maniement à ces acteurs, ils ne pourraient dépister des pathologies dont ils ne connaissent l’existence !

La mission pour un renouvellement de lunette ou lentille est d’intégrer un dépistage pour la vérification de l’intégrité oculaire, et de la cornée pour les lentilles.

C’est pourquoi, donner le droit aux orthoptistes de dépistage sans maîtriser l’ensemble des pathologies oculaires ou associés, risque fortement la mise en danger du patient.

L’idée de renouveler par un opticien une prescription initiale avec un délai variable suivant l’âge du patient, revient à jouer avec les statistiques de fréquences de pathologies.

La santé des Français doit être sécuritaire et non aléatoire.

1. ***AMENDEMENT N°545 (2ème Rect)*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Hamon, M. Hammadi, Mme Massat, Mme Florence Delaunay, Mme Chapdelaine, M. Lefait, M. Ménard, Mme Capdevielle, M. Frédéric Barbier, M. Valax, Mme Gourjade, M. Bréhier, Mme Marcel, M. Philippe Baumel, M. Arif, Mme Santais et M. Savary* |

***ARTICLE 32 QUATER B*** Supprimer l’alinéa 2.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Après son passage au Sénat, le projet de loi santé a l’article L4134‑1 du Code de la santé publique. Cet article, crée par la loi consommation votée en 2014, dispose que « les prescriptions médicales de verres correcteurs indiquent la valeur de l’écart pupillaire du patient ». Autrement dit, les ophtalmologistes sont désormais obligés de mentionné l’écart pupillaire sur l’ordonnance pour des lunettes. L’objectif de cette obligation est de permettre aux français de commander leurs lunettes sur internet.

Alors la part de la vente en ligne du secteur n’exède pas 1 % en France, elle s’élève à 5 % en Allemagne et 10 % aux États-Unis. Or, ce mode de distribution encourage la concurrence entre opticiens et rend aux français du pouvoir d’achat en faisant baisser les prix. Ainsi, la dépense d’optique par habitant en France s’élève à 88 euros contre 49 euros au Royaume-Uni et 54 euros en Allemagne.

Pourtant, depuis son passage au Sénat, l’article L4134‑1 s’est vu adjoindre la mention « en tant que de besoin », annulant ainsi de facto l’obligation faite aux ophtalmologistes d’indiquer l’écart pupillaire sur les ordonnances. C’est tout le sens de la mesure votée dans la loi consommation qui disparait. Je vous propose donc de supprimer la mention « en tant que de besoin » présente à l’alinéa 1 de l’article 32 quater B

1. ***AMENDEMENT N°559*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Poletti, M. Lurton et M. Perrut* |

***ARTICLE 41***

À l’alinéa 9, supprimer la référence :

« L. 162‑12‑9, ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet article vise à donner une base légale au fait que les objectifs des négociations collectives entre les professionnels de santé et l’UNCAM soient préalablement et officieusement définis par la ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le gouvernement imposera les principes cadres préalablement aux négociations, c’est-à-dire qu’il y aura un postulat de départ imposé par l’État. Les négociations conventionnelles n’auront donc plus aucune utilité.

Or les masseurs-kinésithérapeutes sont très attachés au fait que ces négociations se fassent avec un interlocuteur unique décisionnaire et que le dialogue et l’échange permettent d’aboutir à une décision concertée et non imposée.

Les masseurs-kinésithérapeutes préfèrent privilégier les relations conventionnelles plutôt que de se voir imposer un cadre fermé.

1. ***AMENDEMENT N°99*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Door, M. Robinet, M. Jacob, M. Abad, M. Aboud, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, Mme Arribagé, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Bénisti, M. Berrios, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Boyer, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Costes, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Devedjian, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Estrosi, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, Mme Genevard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Hetzel, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacquat, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, Mme Le Callennec, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Frédéric Lefebvre, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Lurton, M. Mancel, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Olivier Marleix, M. Alain Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Menuel, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pécresse, M. Pélissard, M. Perrut, M. Philippe, M. Poisson, Mme Poletti, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Viala, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann* |

***ARTICLE 41*** Supprimer l’alinéa 9.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet article modifie le cadre dans lequel se déroule la négociation conventionnelle entre l’assurance maladie et les différents professionnels de santé afin de le rendre plus contraignant et l’encadrer par des « injonctions » ministérielles. Les conventions ainsi négociées pourraient, si le texte était adopté, faire l’objet de déclinaisons régionales pilotées par les ARS ce qui inverserait totalement le rapport de force.

Or les conventions, une fois approuvées revêtent un caractère obligatoire pour le professionnel de santé libéral, sauf refus d’adhérer de sa part (auquel cas les actes qu’il prescrit ne peuvent faire l’objet d’un remboursement par l’assurance maladie). A moyen terme, devant des conventions qui ne prendraient pas en compte les problématiques spécifiques des professionnels libéraux et seraient « imposées » de la part de l’administration, de plus en plus de médecins pourraient choisir le déconventionnement ce qui ouvrirait la voie à une médecine à deux vitesses et signerait l’acte de décès de notre système de santé solidaire.

Cet article est emblématique de la volonté de la Ministre d’étatiser le système de santé et de « fonctionnariser » les professionnels libéraux.

1. ***AMENDEMENT N°806 (Rect)*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Moignard, Mme Orliac, M. Carpentier, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Robert, M. Saint-André, M. Schwartzenberg et M. Tourret* |

***ARTICLE 45***

I. – À la première phrase de l’alinéa 21, après le mot :

« sociale »,

insérer les mots :

« et d’assurance maladie complémentaire, ».

II. – En conséquence, à la troisième phrase du même alinéa, après le mot :

« sociale »,

insérer les mots :

« , les organismes d’assurance maladie complémentaire ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L’article 45 instaure une procédure d’action de groupe en réparation des préjudices corporels causés par l’utilisation de produits de santé offrant aux usagers du système de santé victimes d’un dysfonctionnement une nouvelle voie d’action en justice.

Si cet article mentionne les tiers payeurs dans le cadre des actions de groupe, en prévoyant leur information sur les prestations reçues ou à recevoir, aucune information n’est prévue en cas d’action directe et individuelle de la victime.

Cette information est pourtant indispensable pour permettre aux tiers payeurs d’engager à leur tour une action en justice en vue d’obtenir le remboursement des sommes qu’ils ont indûment versés.

Dès lors, cet amendement vise à préciser les modalités d’information des tiers payeurs en prévoyant que le responsable du dommage les informe des actions engagés contre lui, susceptibles de leur permettre de faire valoir leurs créances à son encontre.

En outre, il propose de faire explicitement référence aux organismes de complémentaire santé parmi les tiers payeurs susceptibles d’engager un recours contre le responsable du dommage causé aux usagers du système de santé.

Tel est l’objet de cet amendement.

1. ***AMENDEMENT N°758*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Richard, M. Benoit, M. de Courson, M. Degallaix, M. Demilly, M. Folliot, M. Meyer Habib, M. Hillmeyer, M. Jean-Christophe Lagarde, M. Maurice Leroy, M. Morin, M. Reynier, M. Rochebloine, M. Santini, M. Sauvadet, M. Tuaiva, M. Vercamer, M. Philippe Vigier et M. Zumkeller* |

***ARTICLE 46 BIS***

Après le mot :

« jour »,

rédiger ainsi la fin de l'alinéa 7 :

« au rythme des avancées thérapeutiques et des données épidémiologiques disponibles et a minima à chaque renouvellement de la convention nationale mentionnée à l’article L. 1141‑2. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La convention AERAS doit fixer les modalités et les délais au-delà duquel une personne ayant souffert d’une pathologie cancéreuse peut se voir reconnaitre un « droit à l’oubli ». La grille de référence de pathologies devra tenir compte des différents stades du cancer, du diagnostic, des types de cancer afin de différencier les délais avant de pouvoir accéder à une assurance à un taux normal.

Cette grille sera établie et mise à jour au rythme des avancées thérapeutiques et des données épidémiologiques disponibles et a minima à chaque renouvellement de la convention nationale mentionnée à l’article L. 1141‑2 de la santé publique. Cet amendement vise à mettre à jour suivant la même fréquence les modalités et les délais d’information des candidats à l’assurance définis par décret.

1. ***AMENDEMENT N°399*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Maréchal-Le Pen et M. Collard* |

***ARTICLE 46 TER*** Supprimer cet article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L’amendement supprime un article qui instaure le prélèvement d’office d’organes, après simple information de la famille, d’un individu n’ayant pas exprimé son refus de donner ses organes.

Cette mesure empêche la famille ou le proche de s’opposer au prélèvement d’organe du défunt. Le paradigme évolue progressivement du don à l’obligation. Ceci constitue une agression psychologique de la famille dans une période extrêmement douloureuse avec le risque de briser la confiance des Français à l’égard de la médecine.

Une telle mesure s’inscrit dans une logique de massification du don d’organe sur des donneurs décédés après arrêt cardiaque contrôlé ou arrêt de traitement (DDAC). Elle complète l’adoption, intervenue il y a quelques semaines, dela sédation profonde et continue incorporée à la proposition de loi Claeys-Léonetti : en effet, la sédation profonde tend à généraliser l’arrêt des traitements nécessaire aux DDAC.

1. ***AMENDEMENT N°627*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Siré, Mme Dalloz, M. Sermier, M. Lazaro, M. Mariani, M. Decool, M. Straumann, M. Teissier, M. Tardy, M. Perrut, M. Vitel, M. Mathis et M. Le Maire* |

***ARTICLE 46 TER***

Rédiger ainsi cet article :

« Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Après le premier alinéa de l’article L. 1211‑2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne qui souhaite faire don d’éléments de son corps après sa mort, en vue de greffe doit avoir la possibilité de faire apparaître sa volonté par une mention inscrite sur sa carte vitale ».

« 2° À la première phrase du deuxième alinéa de l’article L. 1232‑1, après le mot : « personne », sont insérés les mots : « a fait connaître sa volonté d’être donneur par l’inscription de cette mention sur sa carte vitale ou » ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Depuis le début des années 1990, le fossé entre le nombre de malades inscrits en liste d’attente et le nombre de greffes réalisées ne cesse de se creuser, et ceci malgré toutes les campagnes de communication qui ont pu être faites en faveur du don d’organes.

D’après un sondage Ipsos, la grande majorité des Français serait pour le don d’organes, mais seule une personne sur deux communique effectivement son choix. Or il est crucial pour les équipes médicales et les familles de connaître la position de la personne décédée, pour ou contre, afin de réagir rapidement, et de pouvoir sauver plus de vie.

En France, en 2013, près de 19 000 personnes avaient besoin d’une greffe mais seulement 5,123 greffes ont été réalisées selon l’agence de biomédecine. D’après les équipes médicales, on arrive aujourd’hui à un taux de survie de 85 % à 90 % pour les personnes greffées, pourtant nous faisons face à une pénurie extrême des dons. Un tiers seulement des patients qui sont en attente sont greffés. Près de 500 personnes décèdent avant d’être appelées.

La question du don d’organe reste donc essentielle compte tenu de ces résultats et plus particulièrement la promotion du don d’organe et le respect des volontés des futurs donneurs.

En France, la loi considère que tout le monde est donneur d’organes par défaut : ne pas s’inscrire au registre national des refus, c’est accepter de donner ses organes. Dans les faits, avant d’entreprendre un prélèvement, les équipes médicales consultent systématiquement les proches du défunt afin de s’assurer qu’il n’avait pas manifesté d’opposition au don. Or, les familles en état de choc, sont souvent dans l’impossibilité de répondre.

Aujourd’hui, il y a la possibilité pour chacun d’inscrire sur la carte vitale 2 qu’on a bien connaissance de la loi, cela permet aux équipes médicales de faciliter le dialogue avec la famille et les proches sur le sujet or cela n’est pas suffisant.

Aussi, l’inscription sur la carte vitale de la mention de donneur doit faire partie des directives anticipées. Cela permettrait à de nombreux donneurs potentiels d’exprimer clairement leur volonté. Plusieurs centaines de vies pourraient être ainsi sauvées.

1. ***AMENDEMENT N°785*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Boyer* |

***ARTICLE 46 TER***

Rédiger ainsi cet article :

« Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Après le premier alinéa de l’article L. 1211‑2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne qui souhaite faire don d’éléments de son corps après sa mort, en vue de greffe doit avoir la possibilité de faire apparaître sa volonté par une mention inscrite sur sa carte vitale ».

« 2° À la première phrase du deuxième alinéa de l’article L. 1232‑1, après le mot : « personne », sont insérés les mots : « a fait connaître sa volonté d’être donneur par l’inscription de cette mention sur sa carte vitale ou » ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La transplantation d’organes est devenue l’un des miracles médicaux du XXIème siècle, prolongeant et améliorant la vie de nombreux patients. Malheureusement, le nombre de transplantations en attente est aujourd’hui bien supérieur au nombre d’organes à disposition des établissements de soins. En France, pour quatre patients qui en auraient besoin, seul un greffon rénal est disponible, selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette pénurie peut conduire à des dérives importantes, faisant appel au trafic d’organes prélevés illégalement. L’OMS a rapporté l’existence de plus de 10 000 opérations clandestines, dont les organes proviennent de personnes vulnérables, exploitées par des trafiquants qui leur proposent des sommes d’argent allant de 5 000 à 10 000 euros par organe cédé. De telles transactions atténuent, certes, la précarité de leur situation économique, mais entraînent souvent la dégradation de leur état de santé.

En France, la loi considère que tout le monde est donneur d’organes par défaut : ne pas s’inscrire au registre national des refus, c’est accepter de donner ses organes. Dans les faits, avant d’entreprendre un prélèvement, les équipes médicales consultent systématiquement les proches du défunt afin de s’assurer qu’il n’avait pas manifesté d’opposition au don. Or, les familles en état de choc, sont souvent dans l’impossibilité de répondre.

Aujourd’hui, il y a la possibilité pour chacun d’inscrire sur la carte vitale 2 qu’on a bien connaissance de la loi, cela permet aux équipes médicales de faciliter le dialogue avec la famille et les proches sur le sujet or cela n’est pas suffisant.

Aussi, l’inscription sur la carte vitale de la mention de donneur doit faire partie des directives anticipées. Cela permettrait à de nombreux donneurs potentiels d’exprimer clairement leur volonté. Plusieurs centaines de vies pourraient être ainsi sauvées.

1. ***AMENDEMENT N°689*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *Mme Fraysse, M. Asensi, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez et M. Sansu* |

***ARTICLE 47*** Supprimer les alinéas 41 à 48.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

En aucun cas, les industriels pharmaceutiques, les assureurs ne doivent avoir un accès direct aux données à caractère personnel. Le risque pris est bien trop grand.

De plus, le texte ne garantit pas suffisamment l’indépendance des laboratoires qui mèneraient une recherche pour les industriels.

C’est pourquoi, en l’état actuel du texte nous pensons qu’il n’est pas raisonnable que les personnes produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l’article L. 5311 1 ou les personnes participant, directement ou indirectement, à la conception et à la commercialisation de contrats d’assurance aient accès aux données à caractère personnel.

1. ***AMENDEMENT N°457*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Accoyer* |

***ARTICLE 47***

Après l’alinéa 48, insérer l’alinéa suivant :

« Les modalités d’application du présent II sont déterminées par décret en Conseil d’État. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les alinéas 35 à 48 de cet article portent sur les conditions d’accès aux données à caractère personnel du système national des données de santé (SNDS), dans le cas des traitements à des fins de recherche, d’étude ou d’évaluation au sens du chapitre IX de la loi « Informatiques et Libertés » (II de l’art. L. 1461‑3 du code de santé publique).

Il est ainsi prévu que l’accès aux données soit subordonné à la communication, avant le début de la recherche, d’une déclaration des intérêts du demandeur, en rapport avec l’objet du traitement et du protocole d’analyse et, dans un délai raisonnable après la fin de la recherche, de l’étude ou de l’évaluation, de la méthode, des résultats de l’analyse et des moyens d’en évaluer la validité.

Par ailleurs, est également prévue la publication par l’INDS de la déclaration des intérêts, des résultats et de la méthode.

Dans la mesure où le projet de loi n’apporte aucune indication sur la mise en œuvre de ces obligations et de cette publication, il est apparaît nécessaire de renvoyer à un décret en Conseil d’État, la détermination de ces modalités.

Tel est l’objet du présent amendement.

1. ***AMENDEMENT N°796*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Aboud* |

***ARTICLE 47***

Substituer à l’alinéa 49 les deux alinéas suivants :

« III. – Le décret mentionné à l’article L. 1461‑7 fixe la liste des services de l’État, des établissements publics ou des organismes chargés d’une mission de service public autorisés à traiter des données à caractère personnel du système national des données de santé pour les besoins de leurs missions. Il fixe également la liste des structures représentatives des professionnels, notamment les unions régionales des professionnels de santé, structures et établissements de santé ou médico-sociaux qui ont accès aux données nécessaires à l’exercice de leurs missions contenues dans les systèmes d’information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux, des organismes d’assurance maladie, de la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie et du système national des données de santé.

« Ce décret précise, pour chacun de ces services, établissements, organismes ou structures, l’étendue de cette autorisation, les conditions d’accès aux données et celles de la gestion des accès. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les unions régionales de professionnels de santé, qui ont actuellement accès direct au système national d’information inter régimes de l’assurance maladie doivent, au même titre que les agences régionales de santé, avoir un accès privilégié aux données de santé.  
Elles ont également toute leur place dans la gouvernance du GIP Institut des données de santé.

Par ailleurs, le système national des données de santé doit également clairement avoir pour finalité de contribuer à l’information individuelle des professionnels de santé et des structures qui les représentent, sur leur activité, et notamment sur les objectifs fixés dans le cadre conventionnel et celle de leurs professions.

1. ***AMENDEMENT N°241*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud, Mme Boyer et M. Tardy* |

***ARTICLE 51***

Compléter l’alinéa 20 par la phrase suivante :

« Les établissements de santé et leurs fédérations nationales et régionales représentatives ne faisant pas commerce de ces données de santé sont exemptés de cette accréditation ; ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L’hébergement des données est déjà soumis à la loi n° 78‑17 du 6 janvier 1978. La demande d’accréditation apporte une protection supplémentaire quand une structure fait commerce de l’activité de gestion de données.

Il n’est pas souhaitable que les structures mutualisant leurs moyens pour gérer des données de santé soient soumises à une accréditation qui a un but commercial.

Il n’existe en outre aucun équivalent de cette accréditation en Europe. La loi en l’état serait donc en contradiction avec la législation européenne et pourrait être considérée comme portant atteinte au droit de l’informatique.

C’est le droit classique des patients qui doit donc s’appliquer ici.

1. ***AMENDEMENT N°730*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *le Gouvernement* |

***ARTICLE 51***

Rétablir l'alinéa 28 dans la rédaction suivante :

« 3° Simplifier et renforcer l’accès aux soins de premier recours en visant à :

*« a)* Clarifier et à adapter les dispositions du code de la santé publique relatives aux conditions de création, de gestion, d’organisation et de fonctionnement des maisons de santé et des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ;

*« b)* Clarifier et à adapter les dispositions du même code relatives aux conditions de création, de gestion, d’organisation et de fonctionnement des centres de santé ;

*« c)* Mettre en cohérence les différentes dispositions législatives relatives aux aides destinées à favoriser l’installation ou le maintien des professionnels de santé, et à abroger celles devenues sans objet ;

*« d)* Adapter les conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie, notamment au sein d’une commune ou de communes avoisinantes ;

« *e)* Préciser les composantes de la rémunération du pharmacien d’officine. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le présent amendement a pour objet de rétablir les mesures d’habilitation prévues pour simplifier et renforcer l’accès aux soins de premier recours.

Il s’agit, tout d’abord de simplifier le régime des SISA afin que la complexité de gestion de cette société ne constitue pas une entrave au déploiement des maisons de santé qui, pour bénéficier des forfaits pour la rémunération de l’exercice en équipe sont contraintes d’adopter cette forme juridique.

Il s’agit ensuite de clarifier les dispositions actuelles régissant les centres de santé afin de poursuivre la promotion de l’exercice coordonné en soins primaires, tel que traduit lors de la négociation conventionnelle de cette année.

En troisième lieu, il s’agit de mettre en cohérence les dispositions du code général des collectivités territoriales relatives aux aides à l’installation des professionnels de santé attribuées par les collectivités locales avec la nouvelle rédaction des dispositions du code de la santé publique issues de l’article 38 de la présente loi.

Enfin, il s’agit d’adapter les règles d’installation des officines de pharmacie sur le territoire dans un double objectif, favoriser le rééquilibrage du réseau officinal et simplifier les procédures pour les usagers et l’administration et de préciser les composantes de la rémunération des pharmaciens d’officine.

1. ***AMENDEMENT N°506*** *présenté par*

|  |
| --- |
| *M. Lurton, Mme Poletti, M. Morel-A-L'Huissier, M. Mathis, M. Vitel et M. Perrut* |

***ARTICLE 53 BIS***

À l’alinéa 14, substituer aux mots :

« l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire »

les mots :

« les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d’institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l’article L. 310‑1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le 14ème alinéa du présent article précise que le devis normalisé prévu au premier alinéa du II de l’article L. 1111‑3‑2 du code de la santé publique est défini par un accord conclu entre différents acteurs, dont les complémentaires santé.

Or, comme le prévoit la loi du 13 Août 2004 relative à l’assurance maladie, l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire a spécifiquement vocation à représenter les organismes complémentaires sur des textes ou des accords susceptibles d’avoir un impact financier sur la part des dépenses prise en charge par les complémentaires santé.

Elle est en effet consultée pour avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale, sur les propositions de décision de l’Union nationales des caisses d’assurance maladie en matière de ticket modérateur ou de modification de la liste des actes et prestations remboursables. Elle est également associée à la négociation des conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d’assurance maladie et les professionnels de santé.

Or, cet article vise à consulter les complémentaires santé, sur des questions de santé publique, qui dépassent le champ de compétence de l’UNOCAM.

Dans ce domaine, ce sont donc les fédérations de complémentaires santé qui devraient être consultées individuellement.

Pour illustration, la Mutualité française a une expertise et un positionnement spécifique sur les questions de santé au sens large, dans la mesure où elle n’est pas uniquement un assureur, mais également un acteur majeur du secteur sanitaire et médico-social, via ses 2500 services de soins et d’accompagnement (prévention, centres de santé, établissement de santé, établissements médico-sociaux, etc).

Cet amendement, de portée rédactionnelle, propose donc de remplacer la consultation de l’UNOCAM, par celle de chacune des familles de complémentaire santé.