

**PROJET DE LOI**  
**HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES**

**PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS PRESENTES AU SENAT**  
**PAR LA**  
**CONFEDERATION DES SYNDICATS MEDICAUX FRANÇAIS**

**Le 26 mars 2009**

## **Amendements n°1 à n°7 : Participation médicale aux missions de service public des établissements de santé**

### ***Article 1 Missions de service public assurées par les établissements de santé***

***Cet article prévoit que l'établissement de santé chargé d'une mission de service public assure à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, la possibilité d'être pris en charge aux tarifs opposables.***

***De même, afin que les garanties attachées à la participation aux missions de service public soient rendues opposables aux praticiens libéraux exerçant dans les cliniques privées, cet article prévoit que les contrats d'exercice de ces praticiens soient révisés. En cas de refus par le praticien, le contrat est rompu sans indemnité.***

Lorsque l'établissement de santé assure au patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir la possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires conventionnels, ces derniers doivent comprendre également les dépassements autorisés par la Convention.

S'il y a nécessité de revoir les contrats entre cliniques privées et praticiens libéraux, ceux-ci doivent être renégociés d'un commun accord entre les praticiens et l'établissement, et non révisés unilatéralement. En effet, comme l'évoquait la Commission Larcher dans son avis sur l'avant-projet de loi, « *la renégociation de ces contrats doit être bien sécurisée.* »

De plus, la non prise en compte de ces obligations dans les contrats ne peut en elle seule justifier de la rupture pure et simple des contrats entre praticiens et établissements, au risque d'entraîner un désordre contractuel majeur.

## **Amendements n°8 et n°9 : Renforcement du rôle des CME**

### **Article 2 Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé**

**Le présent article propose, en sus des dispositions législatives actuelles, que la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et élabore un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi et qu'elle soit consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public. La CME est également consultée dans des matières et des conditions fixées par décret.**

Si de nombreuses dispositions réglementaires évoquent les nécessaires avis, consultations préalables, informations, participations de la Conférence Médicale d'Etablissement et/ou de son Président, seule une disposition légale, l'article L 6161-2 du Code de la Santé publique mentionne de façon lapidaire l'existence de plein droit de la Conférence médicale d'Etablissement et ses missions générales.

Aucune disposition légale ou réglementaire ne prévoit de conséquences, en cas d'omission de la consultation préalable, pourtant obligatoire, de la CME par les établissements de santé privés.

Il arrive ainsi fréquemment que les praticiens libéraux exerçant dans un établissement de santé privé ne soient informés qu'a posteriori des demandes d'autorisations ou d'agrément entraînant des modifications, voire parfois la suppression d'activités médicale, ou des conventions y afférant conclues par leur établissement.

Il convient donc de remédier à cette situation en prévoyant désormais la nécessité pour l'établissement de santé privé de joindre à ses demandes ou d'annexer aux conventions conclues l'avis de la CME.

De même, il convient de remédier à cette situation parfaitement anormale qui fait que les représentants du personnel salarié d'une Clinique peuvent être mieux informés du devenir et des perspectives de la société de l'établissement de santé privé, grâce aux dispositions protectrices les concernant, que les praticiens libéraux qui y assurent l'activité médicale.

Aucun développement d'un établissement de santé privé ne peut se faire sans que soient impliqués et associés les praticiens y exerçant régulièrement et liés contractuellement.

Le renforcement du rôle de la CME implique nécessairement de la doter de la personnalité morale et de prévoir l'élaboration d'un règlement intérieur précisant ses modalités essentielles de représentation et de fonctionnement dans des conditions qui devront être précisées par voie réglementaire.

C'est le sens des modifications ci-dessus proposées qui s'inscrivent dans le prolongement des modifications déjà prévues à l'article 3-IV de l'avant projet de loi PST.

## **Amendement n°10 : Honoraires facturés par les établissements**

### **Article 13 quater (nouveau)**

***Cet article prévoit que lorsqu'un établissement de santé emploie des médecins salariés pour assurer ses activités de soins, les honoraires afférents à ces activités puissent être facturés par l'établissement.***

***Cet article développe le salariat des médecins dans les établissements, en échange de quoi, les établissements peuvent percevoir les honoraires correspondants aux actes effectués par les praticiens concernés.***

Le statut des praticiens qui exercent dans des établissements privés est de nature libérale. Ils sont donc rémunérés à l'acte et avec des compléments par forfaits pour certaines missions. Ces règlements sont effectués par les malades ou les caisses, et non par l'établissement. La mise en œuvre du salariat reviendrait à créer un lien de subordination entre l'établissement et le professionnel.

## **Amendements n°11 à n°14 : Soins de premiers et seconds recours**

### **Article 14 Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population**

***Le présent article a pour objet de définir une organisation du système de santé basée non pas sur l'offre, mais sur les besoins de santé de la population.***

***Le texte définit ainsi un « niveau de soins de premier recours », dans lequel les soins du médecin généraliste de premier recours sont définis, laissant penser que le premier recours est de son ressort exclusif et un « niveau de soins spécialisé de second recours », supposant que les soins spécialisés sont de second recours.***

Si le médecin traitant est majoritairement un médecin généraliste, il ne serait y avoir d'exclusivité. La Loi de 2004 a expressément prévu que dans certains cas, des médecins spécialistes puissent être médecin traitant. Par ailleurs, le médecin généraliste n'a pas l'apanage exclusif du premier recours, d'autant que des exceptions sont déjà prévues dans la Loi actuelle pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans. Par ailleurs, certains médecins spécialistes classiquement de second recours peuvent intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique.

## **Amendements n°15 à n°17 : CAPI**

***L'article L162-12-21 du Code de la sécurité sociale prévoit que les Caisses peuvent proposer aux médecins conventionnés et centres de santé d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'UNCAM, après avis des organisations syndicales signataires des Conventions. Ces contrats comportent des engagements individualisés et des contreparties financières liées à l'atteinte des objectifs.***

Le contrat d'amélioration des pratiques qui peut être proposé aux médecins conventionnés et aux centres de santé doit rester du domaine conventionnel et être négocié par les partenaires conventionnels pour devenir une option conventionnelle à choix individuel, et ce afin de ne pas conduire à des conventionnements individuels qui videraient de tout sens la Convention nationale.

**Amendements n°18 et n°19 : Développer les stages en établissements privés et en cabinets médicaux de ville**

***Article 15 Formation médicale initiale : régulation territoriale de la démographie médicale par le numerus clausus de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité, la mise en place d'un post internat et mise à jour des contenus des formations médicales***

***Le présent article propose de réformer la formation médicale initiale dans le but de mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire.***

Dans ce cadre et afin de mieux faire connaître l'exercice libéral (aussi bien en médecine générale que dans toutes les spécialités) aux étudiants en médecine, il est nécessaire de développer les stages en établissements privés et en cabinets médicaux de ville qui constituent des lieux privilégiés d'apprentissage et de confrontation d'expériences professionnelles, incitatives à un exercice ambulatoire, notamment dans les régions sous médicalisées.

Par ailleurs, dans la détermination du nombre d'internes à former, il doit être tenu compte des capacités de formation des différentes subdivisions.

## Amendements n°20 à n°22 : Contrat santé solidarité

### *Article 15 VI (nouveau)*

***La présente disposition prévoit que le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé. À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de ce schéma, si l'évaluation de la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours effectuée par le directeur général de l'ARS fait apparaître que les besoins en implantations 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, ce dernier peut proposer aux médecins exerçant dans les zones sur dotées 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 sous dotées. Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, devront s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.***

A l'image du SROSS hospitalier existant, le SROSS ambulatoire deviendra inévitablement opposable. Cette notion doit donc être supprimée, au profit d'un état des lieux régional de la démographie médicale.

Bien que cette disposition permette de donner du temps à l'expérimentation de se mettre en place par le déploiement des mesures incitatives, elle fait planer le spectre, en cas d'échec, d'une taxe réservée aux seuls généralistes, ce qui est totalement inacceptable.

Par ailleurs, la taxe qui pourrait se mettre en place en cas d'échec des mesures incitatives, dès 2012, concernerait tous les médecins généralistes exerçant en zones surdotées, aussi bien nouveaux qu'anciens installés !

La possibilité d'instaurer une telle mesure, stupide et injuste, doit être supprimée.

## **Amendements n°23 et n°24 : Permanence des soins**

### ***Article 16 Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires***

***Le présent texte confie l'organisation de la permanence des soins ambulatoire à l'agence régionale de santé. Il confirme le caractère de mission de service public et sécurise l'assurance responsabilité civile des médecins régulateurs des centres 15.***

Si la permanence des soins est une mission de service public, elle doit rester basée sur le volontariat des praticiens. Poser ce principe dans la partie législative du Code de la santé publique, et non uniquement dans la partie réglementaire, renforce le caractère volontaire de la permanence des soins.

La permanence des soins étant désormais une mission de service public, les médecins qui y participent doivent pouvoir bénéficier de la protection juridique de l'Etat quel que soit leur statut. Ainsi, cette couverture en matière de responsabilité civile ou administrative doit bénéficier aux médecins effecteurs, ainsi qu'aux médecins régulateurs, et s'agissant de ces derniers, elle concerne aussi bien les médecins régulateurs exerçant au sein des centres 15, les médecins régulateurs exerçant au sein de centres de régulation libérale, réglementairement interconnectés au Centre 15, que les régulateurs pratiquant la régulation à domicile interconnectée avec le Centre 15 mais indépendant de toute autre centre.

## **Amendement n°25 : Continuité des soins**

### ***Article 16 : Information du Conseil départemental de l'Ordre***

***La présente disposition oblige les médecins à informer le Conseil départemental de l'Ordre à chaque absence, cette information devenant opposable auprès du Directeur de l'Agence Régionale de Santé, ce qui revient à demander des autorisations d'absence pour raisons privées ou professionnelles au directeur de l'ARS..***

En obligeant les médecins à informer le Conseil départemental de l'Ordre à chaque absence, cette information devenant opposable auprès du Directeur de l'Agence Régionale de Santé, cela revient à demander une autorisation d'absence à ce dernier, ce qui est contraire à l'exercice libéral.

Cette procédure est une atteinte évidente à l'exercice libéral et même à la vie privée.

Cela touche aussi les médecins qui ont une double activité, salariale et libérale, ou qui assument une responsabilité professionnelle ou syndicale dans leur activité hebdomadaire.

Cet article doit être supprimé au risque de nationaliser la médecine libérale, tout en augmentant la contrainte horaire des médecins libéraux.

## **Amendement n°26 : Télétransmission**

### **Article 17 ter (nouveau)**

***La présente disposition prévoit que le directeur de l'UNCAM fixe, au 1<sup>er</sup> septembre 2009, le montant de la contribution forfaitaire pour les feuilles de soins papier. Avant cette date, les Conventions peuvent définir des dérogations à l'obligation de télétransmettre, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, produits ou de prestations remboursables, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels.***

Cette disposition est totalement inappropriée, sachant que la télétransmission est déjà la règle pour la nouvelle génération de médecins. Le spectre de la sanction est donc sans intérêt.

Ce qui doit être encouragé, c'est l'informatisation des cabinets médicaux, en particulier le développement des logiciels médicaux.

En la couplant à une sanction, l'informatisation des cabinets médicaux risque de comporter une connotation négative.

## **Amendements n°27 à n°31 : Refus de soins**

### **Article 18 Limitation des refus de soins par les médecins et les dentistes**

***Cet article rappelle tout d'abord qu'un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de motifs illégitimes.***

***Il permet à toute personne s'estimant victime d'un tel refus, y compris dans le cadre d'un « testing », de soumettre ou saisir le directeur de la Caisse ou le Conseil de l'Ordre compétent les faits qui permettent d'en présumer l'existence.***

***Le présent article instaure une conciliation réalisée conjointement par l'ordre et les caisses et permet aux directeurs de caisses de prononcer des sanctions à l'encontre des professionnels si le conseil de l'ordre ne les poursuit pas.***

Il est impensable de mettre en place la procédure dite du « testing » chez les médecins afin de prouver un refus de soins, comme cela peut se faire à l'entrée des discothèques !

En effet, cela jette le discrédit sur tout le corps médical et ouvre droit à l'arbitraire, alors que cela ne concerne qu'une minorité de médecin.

En outre, il n'appartient pas au directeur de la Caisse de sanctionner les médecins qui pratiquent une discrimination dans l'accès aux soins ou qui exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. En effet, ces faits sont des manquements aux règles déontologiques et doivent relever du champ du Conseil de l'Ordre des médecins.

Par ailleurs, afin de rendre crédible le rôle des commissions des pénalités, il est indispensable que le Directeur de la Caisse soit obligé de suivre leur avis, d'autant que celles-ci sont paritaires.

Enfin, la publication des sanctions prononcées par le directeur de la Caisse à l'article L.162-1-14-1 dans la presse, en cas de récidive, s'apparente en effet à une double peine et ne doit ainsi être réservée qu'aux juridictions de droit commun et après épuisement de toutes les voies de recours.

## **Amendement n°32 : Formation médicale continue**

### ***Article 19 Développement professionnel continu des professionnels de santé***

***Le présent article vise d'une part, à recentrer l'obligation de développement professionnel continu sur l'évaluation des pratiques et d'autre part, à simplifier et rationaliser les circuits de gestion administrative et le financement. Hormis les fonds gérés par les FAF qui continueront d'être gérés par eux, l'ensemble de tous les autres fonds, y compris conventionnels, le seront désormais au sein d'un fond de financement étatique.***

Les fonds affectés à la formation et issus des conventions mentionnées aux articles L.162-14-1, L.162-16-1 et L.162-32-1 du Code de la sécurité sociale, doivent répondre aux objectifs conventionnels fixés par les partenaires conventionnels.

La gestion doit donc rester de leur strict ressort.

**Amendement n°33 :**

***Article 19 sexies (nouveau) IGAS***

***Cet article autorise l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) à contrôler les professionnels de santé et pour l'exercice de leur mission, à avoir libre accès aux cabinets d'exercice libéral.***

Il doit être supprimé en ce qu'il constitue une provocation et fait dévier la médecine libérale vers une médecine étatique.

**Amendement n°34 :**

***Article 20 Réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale***

***Cet article propose de réformer les laboratoires d'analyse de biologie médicale par procédure d'ordonnances.***

La possibilité de réformer la biologie médicale par le biais d'une telle procédure doit être supprimée. En effet, elle ne permettra pas à la représentation nationale de se prononcer, après débat, sur la réforme de la biologie médicale.

**Amendements n°35 et n°36 : Mise en place d'un schéma d'organisation des soins ambulatoires**

***Article 26 Schéma régional d'organisation des soins***

***Cet article propose que le schéma de l'organisation des soins indique les implantations nécessaires à l'exercice des soins de premier et de second recours, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.***

La mise en place d'un schéma d'organisation des soins ambulatoires, même s'il est non opposable dans un premier temps, débouchera à terme sur une opposabilité comme l'a été le SROSS hospitalier. Or les cabinets ambulatoires sont des structures légères, souvent à l'unité, qui exigent souplesse et adaptabilité. L'opposabilité instituerait de fait un système rigide, de gestion très difficile.

## **Amendements n°37 à n°39 : Contrats individuels**

### ***Article 26 Contractualisation avec les offreurs de services en santé***

***Cet article prévoit que l'ARS puisse proposer aux professionnels de santé d'adhérer à un contrat individuel fixant des engagements à remplir en l'échange de contreparties financières.***

Par souci de cohérence et pour éviter toute balkanisation, le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux, doit impérativement être conforme à un contrat type national négocié entre les partenaires conventionnels. En l'absence de contrat type national, aucun contrat individuel ne saurait être signé, sous peine de contourner le système conventionnel national.

L'ARS n'a pas à déterminer les rémunérations des professionnels de santé participant à la permanence des soins qui sont fixées conventionnellement et nationalement par la Convention et qui ne peuvent être variables d'une région à l'autre.

## **Amendements n°40 à n°44 : URPS**

### **Article 27 Représentativité des professions de santé libérales**

**Cet article prévoit la création, dans chaque région, des unions régionales des professionnels de santé qui rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral.**

**Il est prévu que les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins soient répartis en trois collèges qui regroupent respectivement :**

- **Les médecins généralistes ;**
- **Les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ;**
- **Les autres médecins spécialistes.**

**Il prévoit également que les unions professionnelles pourront conclure des conventions avec l'ARS.**

Seuls les organismes nationaux peuvent être habilités à présenter des listes de candidats.

D'autre part, pour pouvoir porter des accords crédibles, les organisations syndicales doivent être présentes sur la majeure partie du territoire afin d'éviter des disparités régionales trop importantes.

Par ailleurs, la disposition qui prévoit la création de trois collèges regroupant les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les médecins de plateaux techniques, doit être supprimée, au risque de balkaniser encore plus la profession.

La mise en application de ces trois collèges poserait des problèmes majeurs dans les établissements privés où les médecins, qui travaillent sur un même site et sont réunis dans la CME, seraient répartis dans 2 collèges différents. En outre, la division de certaines spécialités chirurgicales (ORL, ophtalmologistes, par exemple) ou médicales (anesthésistes réanimateurs) en deux collèges serait particulièrement néfaste et difficile à réaliser.

En outre, les missions des unions professionnelles doivent rester du domaine technique et être exclusivement celles fixées par les Conventions nationales. La contractualisation avec les ARS doit rester du domaine syndical.

Enfin, il est nécessaire de laisser la transmission des informations issues du codage des actes aux unions professionnelles de médecin.