

PROJET DE LOI
HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

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

Le 29 janvier 2009

Amendement n°1

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

A l'alinéa 47, substituer au mot « révisés » le mot « renégociés ».

Exposé des motifs

Afin que les garanties attachées à la participation aux missions de service public soient rendues opposables aux praticiens libéraux exerçant dans les cliniques privées, le présent projet de loi prévoit que les contrats d'exercice de ces praticiens soient révisés.

S'il y a nécessité de revoir ces contrats, 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.

Amendement n°2

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

Supprimer la dernière phrase de l'alinéa 47.

Exposé des motifs

Afin que les garanties attachées à la participation aux missions de service public soient rendues opposables aux praticiens libéraux exerçant dans les cliniques privées, le présent projet de loi prévoit que les contrats d'exercice de ces praticiens soient révisés.

S'il y a nécessité de revoir ces contrats, 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.

Amendement n°3

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

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

« 1° Au premier alinéa, après le mot « exercent », insérer les mots « régulièrement » et après le mot « privé » insérer les mots «*auquel ils sont contractuellement liés* ». »

Exposé des motifs :

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 juridiques, pour ne pas dire de sanction, 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'agrèments 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°4

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

Après l'alinéa 12, ajouter l'alinéa suivant :

« 4° L'article 6161-2 du CSP est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'accomplissement de ses missions, la Conférence médicale d'Etablissement est dotée de la personnalité morale de droit privé dont les modalités essentielles de représentation et de fonctionnement feront l'objet d'un règlement intérieur dans des conditions définies par décret.

« La Conférence médicale d'Etablissement participe à l'élaboration de tous les contrats qui ont une incidence sur la pratique médicale de l'établissement.

« Le Président de la conférence Médicale d'Etablissement, ou son délégué, est membre de droit à titre consultatif des organes dirigeants de l'établissement de santé privé chaque fois que l'activité médicale de l'établissement est concernée par un point de son ordre du jour.

« Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la Conférence Médicale d'Etablissement doit être joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formées par un établissement de santé privé et annexé à toutes conventions conclues par ce dernier. »

Exposé des motifs :

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 juridiques, pour ne pas dire de sanction, 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'agréments 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°5

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

A l'alinéa 3, substituer aux mots « à des » le mot « aux ».

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°6

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

A l'alinéa 3, supprimer les mots « premier recours ».

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°7

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

A l'alinéa 4, après les mots « ces soins comprennent » insérer le mot « notamment ».

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°8

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

A l'alinéa 5, après le mot « patient », insérer les mots « en liaison avec les autres professionnels de santé ».

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°9

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

Supprimer l'alinéa 10.

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°10

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

A l'alinéa 14, après les mots « médecin généraliste » supprimer les mots « de premier recours ».

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°1

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

A l'alinéa 15, après les mots « médecin généraliste » supprimer les mots « de premier recours ».

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°12

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

A l'alinéa 18, rédiger ainsi le début de la phrase « Assurer la coordination » (le reste sans changement).

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement n°13

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

A l'alinéa 18, après les mots « nécessaire à ses patients », supprimer les mots « est effective ».

Exposé des motifs

Outre le fait que le projet de loi oublie totalement les spécialités de 1^{er} recours autres que la médecine générale, la notion d'offre de soins de « premier recours » et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions sont déjà prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

Amendement 14

Article 15 Formation médicale initiale : régulation territoriale de la démographie médicale par le numérus 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

A l'alinéa 6, après le mot « spécialisée », insérer les mots « et compte tenu des capacités de formation des différentes subdivisions. »

Exposé des motifs

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

Amendement n°15

Article 15 Formation médicale initiale : régulation territoriale de la démographie médicale par le numérus 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

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant : « Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de stage en exercice libéral ».

Exposé des motifs

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.

Amendement n°16

Article 16 Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire

A l'alinéa 2, après les mots « dans le cadre de leur activité libérale » insérer les mots « et sur la base du volontariat ».

Exposé des motifs

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 du volontariat de la permanence des soins.

Amendement n°17

Article 16 Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire

A l'alinéa 6 substituer aux mots « l'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé » les mots « les médecins libéraux, quelque soit leur statut, qui participent à la permanence des soins, mission de service public ».

Exposé des motifs

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°18

Article 16 Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire

Supprimer les alinéas 8, 9 et 10.

Exposé des motifs

Le doublement du montant de l'amende infligée aux médecins qui ne défèrent pas aux réquisitions doit être supprimée. Cette amende existe déjà et le nombre de médecins qui ne défèrent pas aux réquisitions reste extrêmement faible. Le montant de l'amende fixé par le 2° de l'article L.4163-7 du Code de la santé publique est donc suffisant et le doubler serait vécu par les praticiens intéressés comme une provocation.

Amendement n°19

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

Supprimer l'alinéa 3.

Exposé des motifs

La CSMF demande la suppression de la présomption de preuve du refus de soins en faveur des assurés sociaux. Le patient qui allègue un refus de soins doit pouvoir avancer la preuve de sa réalité. De plus, cette disposition est en totale contradiction avec le principe déontologique qui permet au médecin de refuser de suivre un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles et qui est d'ailleurs rappelé par l'alinéa suivant de l'article L.1110-13 du présent projet de Loi.

Amendement n°20

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

Supprimer les alinéas 9 et 10.

Exposé des motifs

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.

Amendement n°21

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

A l'alinéa 13, après le mot « avis » insérer le mot « conforme ».

Exposé des motifs

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

Amendement n°22

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

Supprimer l'alinéa 14.

Exposé des motifs

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.

Amendement n°23

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

A l'alinéa 17, après les mots « organisme local d'assurance maladie », supprimer la fin de la première phrase.

Exposé des motifs

La CSMF s'oppose au fait que les sanctions prononcées par le directeur de la Caisse à l'article L.162-1-14-1 soient rendues publiques dans la presse, par risque d'un préjudice disproportionné. Cette sanction supplémentaire qui s'apparente à une double peine ne doit être réservée qu'aux juridictions de droit commun et après épuisement de toutes les voies de recours.

Amendement n°24

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

Supprimer l'alinéa 19.

Exposé des motifs

La CSMF s'oppose au fait que les sanctions prononcées par le directeur de la Caisse à l'article L.162-1-14-1 soient rendues publiques dans la presse, par risque d'un préjudice disproportionné. Cette sanction supplémentaire qui s'apparente à une double peine ne doit être réservée qu'aux juridictions de droit commun et après épuisement de toutes les voies de recours.

Amendement n°25

Article 19 Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie

Après l'alinéa 2, ajouter l'alinéa suivant :

« Pour sa mise en œuvre, il est créé un Conseil national de la formation médicale continue dont la composition et les missions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs

La loi du 4 mars 2002 a institué un Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux, un Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers, et un Conseil national de la formation médicale continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1. Ces trois Conseils nationaux, installés en février 2004, agréent les organismes de formation médicale continue et veillent à la qualité des formations dispensées et à la transparence des financements. Ils ont fixé les règles auxquelles tout médecin doit se conformer pour satisfaire à son obligation de formation médicale continue.

La ministre chargée de la santé a annoncé son intention de fusionner les trois conseils nationaux en un conseil national unique pour l'ensemble des médecins, conformément aux recommandations d'une récente mission de l'Inspection générale des affaires sociales.

La suppression des Conseils nationaux de la formation médicale continue, ou du moins de leur fondement législatif, ne manquerait pas d'être interprétée de façon très péjorative par les médecins. Elle risquerait de mettre des freins supplémentaires à leur investissement dans une démarche volontaire d'amélioration de la qualité des soins.

Il est proposé de maintenir dans la loi le principe d'un conseil national et de fixer par voie réglementaire sa composition et ses missions.

Les médecins exerçant à titre libéral doivent continuer à bénéficier de formations spécifiques correspondant à leur mode d'exercice. Pour cela, un FAF spécifique à l'exercice médical libéral doit être préservé.

La contribution à la formation professionnelle prélevée chaque année par les URSSAF doit être entièrement virée par l'ACOSS à cet organisme et ne doit pas faire partie de « l'ensemble des sommes affectées à la formation professionnelle » confiées à la gestion de l'organisme gestionnaire de la formation continue prévu par le nouvel article Art. L. 4012-1.

En effet, la gestion des fonds doit être différente selon qu'il s'agit de médecins salariés et de médecins libéraux, ces derniers étant soumis au paiement d'une contribution obligatoire.

Amendement n°26

Article 19 Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie

Compléter l'alinéa 13 par la phrase suivante :

« La représentation syndicale au sein du conseil de gestion sera déterminée par décret en fonction des règles de représentativité définies au titre IV, chapitre II, article 26 de la présente Loi ».

Exposé des motifs

La loi du 4 mars 2002 a institué un Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux, un Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers, et un Conseil national de la formation médicale continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1. Ces trois Conseils nationaux, installés en février 2004, agréent les organismes de formation médicale continue et veillent à la qualité des formations dispensées et à la transparence des financements. Ils ont fixé les règles auxquelles tout médecin doit se conformer pour satisfaire à son obligation de formation médicale continue.

La ministre chargée de la santé a annoncé son intention de fusionner les trois conseils nationaux en un conseil national unique pour l'ensemble des médecins, conformément aux recommandations d'une récente mission de l'Inspection générale des affaires sociales.

La suppression des Conseils nationaux de la formation médicale continue, ou du moins de leur fondement législatif, ne manquerait pas d'être interprétée de façon très péjorative par les médecins. Elle risquerait de mettre des freins supplémentaires à leur investissement dans une démarche volontaire d'amélioration de la qualité des soins.

Il est proposé de maintenir dans la loi le principe d'un conseil national et de fixer par voie réglementaire sa composition et ses missions.

Les médecins exerçant à titre libéral doivent continuer à bénéficier de formations spécifiques correspondant à leur mode d'exercice. Pour cela, un FAF spécifique à l'exercice médical libéral doit être préservé.

La contribution à la formation professionnelle prélevée chaque année par les URSSAF doit être entièrement virée par l'ACOSS à cet organisme et ne doit pas faire partie de « l'ensemble des sommes affectées à la formation professionnelle » confiées à la gestion de l'organisme gestionnaire de la formation continue prévu par le nouvel article Art. L. 4012-1.

En effet, la gestion des fonds doit être différente selon qu'il s'agit de médecins salariés et de médecins libéraux, ces derniers étant soumis au paiement d'une contribution obligatoire.

Amendement n°27

Article 20 Réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale

Supprimer l'article.

Exposé des motifs

La réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale ne doit pas faire l'objet de la procédure des ordonnances.

Cette procédure ne permettra pas à la représentation nationale de se prononcer, après débat, sur l'ouverture du capital aux financiers et sur la réforme de la biologie médicale.

Amendement n°28
Article 26 Schéma régional d'organisation des soins

Supprimer l'alinéa 97.

Exposé des motifs

Pour l'exercice médical, la notion d'offre de soins de « premier recours et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins, pour l'exercice médical. En effet, il est préférable de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique.

La mise en place d'un schéma d'organisation des soins ambulatoires, même non opposable dans un premier temps, débouchera à terme sur la suppression de la liberté d'installation. Une prise en charge opérationnelle exige un système libéral souple et non pas rigide.

Amendement n°29

Article 26 Schéma régional d'organisation des soins

A l'alinéa 98, insérer après les mots « des mesures » le mot « incitatives ».

Exposé des motifs

Pour l'exercice médical, la notion d'offre de soins de « premier recours et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins, pour l'exercice médical. En effet, il est préférable de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique.

La mise en place d'un schéma d'organisation des soins ambulatoires, même non opposable dans un premier temps, débouchera à terme sur la suppression de la liberté d'installation. Une prise en charge opérationnelle exige un système libéral souple et non pas rigide.

Amendement n°30

Article 26 Contractualisation avec les offreurs de services en santé

A l'alinéa 144, substituer le mot « conventionnés » par « libéraux ».

Exposé des motifs

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 l'avenant n°4 de la Convention et qui ne peuvent être différentes d'une région à l'autre.

Amendement n°31

Article 26 Contractualisation avec les offreurs de services en santé

A l'alinéa 145, après les mots « est conforme au contrat type national » supprimer les mots « lorsqu'il existe ».

Exposé des motifs

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 l'avenant n°4 de la Convention et qui ne peuvent être différentes d'une région à l'autre.

Amendement n°32

Article 26 Contractualisation avec les offreurs de services en santé

A l'alinéa 145, supprimer la 3^{ème} phrase.

Exposé des motifs

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.

Amendement n°33

Article 26 Contractualisation avec les offreurs de services en santé

Supprimer l'alinéa 148.

Exposé des motifs

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 l'avenant n°4 de la Convention et qui ne peuvent être différents d'une région à l'autre.

Amendement n°34

Article 27 Représentativité des professions de santé libérales

A l'alinéa 9, après le mot « syndicales », insérer le mot « nationales ».

Exposé des motifs

Seuls les organismes nationaux, ayant une certaine ancienneté (2 ans minimum), peuvent être habilités à présenter des listes de candidats.

Amendement n°35

Article 27 Représentativité des professions de santé libérales

A l'alinéa 9, après le mot « santé » insérer les mots « représentées au niveau régional et existant depuis au moins deux ans. »

Exposé des motifs

Seuls les organismes nationaux, ayant une certaine ancienneté (2 ans minimum), peuvent être habilités à présenter des listes de candidats.

Amendement n°36

Article 27 Représentativité des professions de santé libérales

A l'alinéa 10, supprimer les mots « à la même date pour toutes les unions professionnelles ».

Exposé des motifs

Les élections ne doivent pas avoir lieu à la même date pour toutes les unions professionnelles.

Amendement n°37

Article 27 Représentativité des professions de santé libérales

A l'alinéa 10, après le mot « santé », insérer les mots « et au moins six mois avant la date d'échéance des conventions ou accords mentionnés aux articles L.162-14-1 ; L162-16-1 et L.162-32-1 du code de la sécurité sociale, les résultats devant être un critère de représentativité. »

Exposé des motifs

Les élections doivent avoir lieu avant l'enquête de représentativité pour que celle-ci puisse en tenir compte.

Amendement n°38

Article 27 Représentativité des professions de santé libérales

A l'alinéa 10, supprimer la 2^{ème} phrase.

Exposé des motifs

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.

Amendement n°39

Article 27 Représentativité des professions de santé libérales

Après l'alinéa 14, insérer l'alinéa suivant :

« Les unions professionnelles des médecins sont chargées de recueillir les informations issues du codage des actes médicaux et transmises individuellement par les médecins libéraux selon les modalités définies par décret. »

Exposé des motifs

Il est nécessaire de laisser la mission de recueil des informations issues du codage des actes aux unions professionnelles de médecin.