

PROPOSITION DE LOI

*relative à la **santé** des populations.*

présentée par

le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) dont sont membres : l'Association française des polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFPric), l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), l'Association française des diabétiques (AFD), l'Association française des hémophiles (AFH), l'Association française contre les myopathies (AFM), l'Association des familles victimes du saturnisme (AFVS), AIDES, Allegro Fortissimo, l'Alliance du Cœur, l'Alliance Maladies Rares, l'Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde (ANDAR), l'Association des paralysés de France (APF), l'Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux et à leur famille (AVIAM), Epilepsie-France, Familles Rurales, la Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires (FFAAIR), la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR), la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY), la Fédération nationale des associations de retraités et de préretraités (FNAR), la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH – Accidentés de la vie), France Alzheimer, France Parkinson, la Confédération syndicale des familles, l'Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales (Le Lien), Les Aînés ruraux, La Ligue nationale contre le cancer, Médecins du Monde, l'Organisation générale des consommateurs (ORGECO), SOS Hépatites Fédération, la Fédération des déficients et transplantés hépatiques (Transhépate), l'Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix (UAFLMV), l'Union nationale des associations familiales (UNAF), l'Union nationale de familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés (UNAFTC), l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI), l'Union nationale des retraités et personnes âgées (UNRPA), Vaincre la mucoviscidose.

le 24 mai 2012

Exposé des motifs

Un nombre de plus en plus élevé de nos concitoyens rencontrent des difficultés croissantes pour accéder aux soins. De nombreuses études publiées ces deux dernières années ainsi que des rapports publics en font largement état. Les raisons sont clairement identifiées : la progression de ce que l'on appelle les « déserts médicaux », l'explosion des dépassements d'honoraires et les conditions économiques de l'accès aux soins.

En outre, la politique nationale de santé de la France reste sans cadre depuis que la loi de santé publique du 9 août 2004 n'a pas été renouvelée comme elle l'aurait dû après 2009. Nul ne connaît aujourd'hui la stratégie nationale de santé de la France et ses outils restent épars, contradictoires, sans coordination ni approches opérationnelles.

Face aux défis de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler la transition épidémiologique, les patients ne bénéficient pas des attentions qu'ils attendent d'un système de santé qui refuse toujours d'identifier des plans personnalisés de soins et d'accompagnement s'insérant dans des parcours de santé dont l'offre comporterait notamment les actions d'accompagnement des patients reconnues par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Cependant, répondre aux besoins de santé aujourd'hui ce n'est pas seulement « faire pour », c'est d'abord « faire avec ». De ce point de vue, la politique de santé de la France est encore l'héritière d'un schéma d'exclusion des populations concernées malgré les importantes avancées de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Des avancées sont indispensables pour conforter la démocratie sanitaire telle qu'elle a été consacrée dans cette loi, pour l'intérêt des populations comme pour celui des parties prenantes du système de santé.

Ainsi, c'est dans l'esprit de concourir à la santé des populations qu'intervient la présente proposition de loi.

*

Le titre I de la proposition de loi est consacré à la sauvegarde de l'assurance maladie et des conditions de l'accès aux soins.

Le chapitre 1 comporte un article unique consacré aux efforts qui doivent être faits pour mieux gérer la ressource. Ainsi l'**article 1** prévoit-il la mise en œuvre sur cinq ans d'un plan national d'optimisation des dépenses de santé dans trois domaines où il est apparu, notamment dans des études conduites pour le compte du ministère chargé de la santé, que de substantielles économies pouvaient être envisagées : un peu plus de trois milliards d'euros en matière d'inadéquations hospitalières, près d'un milliard d'euros en matière d'évènements indésirables graves liés aux soins, pour prendre ces deux seuls exemples. Mais la lutte contre la iatrogénie et la lutte contre les soins inappropriés recèlent également des économies considérables.

Les autres articles du titre I sont regroupés dans un chapitre 2 qui traite de la sauvegarde des conditions d'accès aux soins, tant d'un point de vue géographique qu'économique.

Le I de l'article 2 envisage d'identifier, dans chaque agence régionale de santé un plan de comblement des déserts médicaux, au sens général : toutes ressources en professionnels de santé confondues. Chaque agence régionale de santé doit procéder à des appels d'offre pour couvrir les zones déficitaires, dans des conditions que chacune d'entre elles détermine. En cas d'échec de l'appel d'offre, c'est au directeur général de chaque agence régionale de santé de mettre en œuvre une organisation de suppléance, le cas échéant sur mise en demeure du ministre chargé de la santé à la demande des représentants des usagers du système de santé.

Les II, III et IV de l'article 2 prévoient également de réintroduire le testing qui avait été écarté dans la discussion de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'article 3 se propose de mettre un terme aux dépassements d'honoraires. Sans priver les professionnels de santé de la légitime rémunération de leur travail. Il est envisagé une révision générale de la classification commune des actes et des prestations de sorte que leur tarification soit établie en fonction de leur coût réel, de telle façon qu'ils ne puissent plus donner lieu à dépassement. Les professionnels de santé étant ainsi rémunérés au prix réel de leurs actes et prestations, il n'y a pas de motif de maintenir le système des dépassements d'honoraires qui est abrogé.

L'article 4 retient l'analyse du conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui estime que le plafond pour l'accès à la couverture médicale universelle complémentaire doit être calculé à partir du seuil de pauvreté. Pour l'établissement de ce seuil, il est retenu le ratio admis en Europe : 60 % du revenu médian. Cette mesure est particulièrement essentielle dans un système français dont il est établi que le défaut de couverture complémentaire constitue une des causes majeures de l'inégalité d'accès aux soins.

L'article 5 tire toutes les conséquences de la recommandation du conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui estime que le régime de l'aide médicale d'Etat doit être fusionné dans celui de la couverture maladie universelle. C'est la raison pour laquelle la condition de régularité du séjour est supprimée des conditions d'accès à la couverture maladie universelle. **L'article 6** procède à l'abrogation des dispositions relatives à l'aide médicale d'Etat et adapte celles relatives aux soins urgents.

L'article 7 entend garantir les droits sociaux des usagers du système de santé en faisant en sorte que le ticket modérateur, pour les consultations médicales, ne puisse pas être supérieur à 20 % du tarif opposable. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ayant dans plusieurs rapports alerté sur la progression des transferts de charge du régime obligatoire vers les assurances complémentaires et montré le rôle des restes à charge croissants dans les inégalités d'accès aux soins.

L'article 8 se propose de donner un caractère opposable aux recommandations du conseil de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie qui a édicté un engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties complémentaires santé. Cette mesure est indispensable si l'on veut que le choix de l'assuré social en faveur d'un organisme complémentaire résulte d'une lecture intelligible et comparée des différentes offres.

En outre, il est prévu de créer un socle minimum pour tous les contrats complémentaires permettant d'identifier les garanties essentielles de ce socle. Il s'agit donc, au-delà de la transparence nécessaire sur les contrats de couverture complémentaire, d'encadrer ce marché à la fois par une lisibilité et une comparabilité des contrats et par l'existence d'un contrat type avec un socle de prestations assurées.

Le titre II de la proposition de loi est relatif aux orientations de la politique nationale de santé et à ses outils.

L'article 9 définit les objectifs et les moyens d'intervention de la politique de santé publique. Il prévoit qu'elle reçoit le concours des autres politiques publiques en ce que ces dernières doivent tenir compte des exigences de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé, qu'il s'agisse de la politique nationale d'éducation, qui comporte d'ailleurs un volet dédié à la santé scolaire, ou des politiques industrielles ou agricoles, pour ne prendre que ces exemples. Un haut fonctionnaire de santé est prévu dans chaque département ministériel à l'instar de ce qui est fait en matière de défense.

Ce même article dispose que deux documents permettent à tous de comprendre la politique nationale de santé française. Le premier relatif à la stratégie nationale de santé qui comprend notamment quelques priorités de santé est annexé à la loi. Si ce premier volet de la politique nationale de santé relève de la loi, le second volet composé d'autant de plans nationaux que le gouvernement estimera nécessaire est placé sous sa responsabilité décisionnelle et exécutive. Ces plans nationaux peuvent couvrir une pathologie donnée, traiter d'un déterminant de santé ou viser un groupe de population identifié.

Ce même article prévoit une méthode participative pour l'élaboration de la politique nationale de santé faisant intervenir les agences régionales de santé et leurs conférences régionales de santé et de l'autonomie ainsi qu'un certain nombre d'instances de santé et la Haute autorité de santé.

L'article 10 identifie les trois priorités de santé sur la période 2012-2017 : la prévention et l'éducation à la santé, dans une perspective de réduction des inégalités de santé, qui doit aussi mobiliser l'école, car il s'agit d'agir pour l'avenir ; la coordination des soins, pour répondre aux nouveaux besoins des malades chroniques et/ou se trouvant en situation de pluripathologies notamment liées à l'âge ; et la santé mentale, parce qu'il n'est pas acceptable qu'après plus de vingt ans de rapports successifs sur l'urgence à répondre aux besoins des populations concernées nous n'ayons traité ce sujet que sous ses aspects sécuritaires.

L'article 11 prévoit une recette complémentaire calculée sur la base d'indicateurs de risques pour la santé publique et collectée auprès des entreprises agricoles, industrielles ou de service. Elle permettra le développement de politiques publiques en matière de prévention et d'éducation à la santé.

L'article 12 dispose que les actions de promotion de la santé et de prévention visées à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique font l'objet de financements prioritaires dans les dotations des agences régionales de santé et sont supérieures au seuil de 10 % de l'ensemble des dépenses de santé de l'agence régionale de santé à compter du 1^{er} janvier 2014.

L'article 13 traite des études en santé publique qui ont fait l'objet d'une approche spécifique dans l'article 33 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé qui a créé un groupement d'intérêt public *ad hoc* pour réaliser des études dont l'intérêt a été largement démontré. Cependant, cet article 33 est allé au-delà des conclusions de ces travaux comme de celles des Assises du médicament : s'il apparaît utile et pertinent, par voie de mutualisation de moyens, que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Haute autorité de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale de sécurité du médicament soient promoteurs ou conducteurs d'études de vigilance et d'épidémiologie portant sur le médicament et les produits de santé, il n'y a pas lieu, tant pour des raisons d'économie budgétaire que de multiplication des lieux de décision dans un domaine hautement stratégique de sécurité sanitaire, alors même que des rapports successifs de l'Inspection générale des affaires sociales et d'une mission parlementaire critiquent la prolifération des agences et leur effet contre-productif, de créer un nouveau groupement d'intérêt public pour des missions déjà assurées par l'Institut des données de santé (IDS). D'autant, qu'à la différence de l'IDS, ce nouveau groupement d'intérêt public exclut la société civile, ce qui n'est pas judicieux dans le contexte d'opacité des choix en matière de médicament largement critiqué dans les travaux précités et par les responsables publics sans distinction d'appartenance partisane.

Le titre III est consacré à la promotion de la santé des populations et à l'accompagnement des patients.

Il comporte un **article 14** mettant en exergue la logique de parcours de santé qui doit caractériser l'action sanitaire et médico-sociale des agences régionales de santé vers les populations. Cette observation vaut particulièrement pour la perte d'autonomie des personnes âgées pour deux raisons : parce qu'elle nécessite la continuité des modes de prise en charge (soins cliniques et techniques, actes de prévention, soins d'entretien, interventions de compensation de la perte d'autonomie ...), mais aussi parce que les dépenses d'assurance maladie en raison de la perte d'autonomie liée à l'âge réalisent la moitié de cette dépense. Un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie met en exergue la nécessité de « projets pilotes » spécialement dirigés vers les personnes âgées en perte d'autonomie. Il recommande qu'une politique nationale soit clairement identifiée pour mettre en place ces projets pilotes distinctement des expérimentations classiquement menées dans notre pays et qui ne conduisent généralement pas au changement d'échelle attendu mais à l'entassement peu vertueux de dispositifs. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie insiste pour que ces projets pilotes relèvent d'une démarche volontaire et soient mis en œuvre, en nombre limité, dans les agences régionales de santé. Cette politique doit être animée de façon déterminée au plan national et source d'enseignements à brève échéance pour leur généralisation pour les personnes âgées. Il conviendrait aussi que soit étudiée leur extension aux situations de santé marquées par la perte d'autonomie en dehors du vieillissement, notamment les situations de handicap ou de maladies invalidantes des sujets plus jeunes.

L'article 15 prévoit, dans le même esprit, qu'en raison des besoins et des attentes liés à ce qui est maintenant bien connu sous l'appellation de transition épidémiologique, soit proposé aux patients qui le souhaitent et dont l'état de santé le nécessite un plan personnalisé de soins et d'accompagnement venant donner au protocole de prise en charge à 100 % des affections de longue durée le volet dynamique qui lui manque.

En outre, après que la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a reconnu l'éducation thérapeutique, il apparaît de plus en plus nécessaire de donner une portée concrète aux actions d'accompagnement du patient dont elle fait mention dans ce domaine, en dehors des programmes d'éducation thérapeutique proprement dits, et qui ont fait l'objet d'une réglementation adaptée. C'est pourquoi, **l'article 16** invite à reconnaître la promotion de ces actions d'accompagnement dans le cadre de centres d'accompagnement des patients et de leurs proches, dans la suite de la reconnaissance légale précitée. Lequel prévoit également le financement de ces centres, comme a pu l'être le financement de centres d'accompagnement de la politique de réduction des risques.

Le titre IV est consacré au renforcement de la démocratie sanitaire.

Il résulte d'une approche universaliste au service de l'ensemble des parties prenantes du système de santé et de nos concitoyens. Cependant, certaines dispositions visent à faire bénéficier la représentation des usagers de conditions d'exercice comparables à celles dont disposent les autres parties prenantes.

Le chapitre 1 de ce titre est consacré à l'information des usagers du système de santé car elle est indispensable à l'exercice de leurs droits. D'ailleurs, il ne peut y avoir d'exigence de responsabilité à l'égard des usagers sans mettre à leur disposition les informations nécessaires à l'exercice de cette responsabilité. Une première étape avait été résolue dans le cadre de la relation médecin-malade. Elle est insuffisante car aujourd'hui le temps médical disponible ne permet pas toujours, loin s'en faut, d'informer complètement le malade. En outre, de nombreux aspects de l'information due au malade ne relèvent pas de l'exercice médical. Enfin, les usagers, pris globalement, sans nécessairement être malades, ont également droit à une information sur la santé. C'est la raison pour laquelle, **l'article 17** de cette proposition confie à la Haute autorité de santé la mise en œuvre de cette information, avec le concours de nombreuses autorités publiques impliquées dans le domaine, mais sous l'égide d'une autorité indépendante comme le recommandait un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales.

Dans une approche plus consumériste, l'information sur les prix, en ville ou en établissement de santé, doit devenir la règle. L'obligation légale n'étant atteinte que dans environ 50 % des cas, il est proposé que les associations puissent demander aux agences régionales de santé de mettre en œuvre des dispositifs de contrainte dans ce domaine, tout comme les associations de consommateurs à l'égard de la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) ou les associations de protection de l'environnement à l'égard du Préfet pour faire cesser un trouble à la police de l'esthétique par l'affichage non règlementé. C'est l'objet de **l'article 18**.

Le chapitre 2 est relatif à la participation des usagers dans les instances de santé. En effet, la formulation de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique « instances hospitalières et de santé publique » doit évoluer pour prendre en compte l'évolution de ces instances d'une part et la nécessité que la représentation des usagers soit générale, dans tous les organes délibératifs de toutes les instances de santé, sans restriction, d'autre part. C'est l'objet de **l'article 19**. Ce même article modifie l'instance destinataire de la déclaration des financements associatifs en provenance des industries de santé, qui doit être faite devant la commission nationale d'agrément puisque c'est à elle qu'il revient de se prononcer sur le critère d'indépendance financière des associations d'usagers du système de santé dans le

cadre de la dévolution de l'agrément. Cet article prévoit en outre que les associations agréées disposent de la possibilité de déclencher une audition publique devant les instances de santé ainsi que d'un droit d'alerte devant la Haute autorité de santé.

En outre, il est prévu d'augmenter le nombre des membres du collège de la Haute autorité de santé pour que cette instance comporte un représentant des usagers du système de santé au titre des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. Il est fait de même pour le comité économique des produits de santé.

De plus, il est prévu, à l'instar de ce qui est pratiqué au National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), en Grande-Bretagne, la création d'un "conseil des patients et des citoyens". Compte tenu de la dimension médico-économique confiée à la Haute autorité de santé, il est indispensable que la voix des patients, principaux bénéficiaires des produits et des processus de soins, ainsi que celle des citoyens, notamment ceux qui apportent leur soutien aux patients, soient entendues de façon plus formalisée au sein de l'instance.

Par ailleurs, il est prévu que dans toutes les instances où siègent des associations au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les procès-verbaux de ces instances comportent une annexe dénommée « Avis minoritaires » où sont reportés les avis des associations agréées quand elles ne suivent pas la position dégagée par la majorité de l'instance.

Enfin, il est prévu le remboursement des pertes de salaire occasionnées par l'exercice du mandat de représentant des usagers.

Le chapitre 3 comporte un article unique, **l'article 20** consacré au financement de la représentation des associations qui relève d'un fonds dédié au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés dont le montant est fixé par le législateur dans le cadre de la loi de finances relative à la sécurité sociale. Il est géré selon des principes et des règles qui ont pu être retenues par le passé pour certains de ces fonds, comme le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le chapitre 4 porte sur les droits collectifs des associations d'usagers qui ne sauraient se résumer au droit à la représentation prévue par les dispositions de la loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'article 21 instaure les actions de groupe dont de nombreux travaux, notamment parlementaires, ont démontré l'intérêt. Il repose sur des travaux déjà examinés par le Parlement mais qui n'ont pas abouti. Il reprend donc cette réflexion et ouvre la saisine aux associations d'usagers du système de santé agréées visées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Le chapitre 5 comporte un article unique, **l'article 22** qui crée, à l'instar de ce qui a pu être fait pour les soins hospitaliers, une commission chargée des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge dans le domaine ambulatoire car il serait inéquitable, et contraire à l'intérêt des usagers au moment où les maladies chroniques sont les plus importantes en nombre d'occurrences, de laisser ce sujet sans organe de régulation. Il est proposé que ces commissions soient assises sur des circonscriptions déterminées par les

agences régionales de santé elles-mêmes après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie.

Le chapitre 6 a trait à l'indépendance des instances de démocratie sanitaire que sont les conférences nationale et régionales de santé. **L'article 23** les dote de la personnalité juridique, d'un budget identifié au sein des budgets publics et d'un secrétariat général autonome. Il leur confère la publicité de leurs débats.

Proposition de loi

Titre I

Sauvegarde des régimes d'assurance maladie et des conditions de l'accès aux soins.

Chapitre 1 Optimisation des dépenses

Article 1

« Un plan national d'optimisation des dépenses de santé est mis en œuvre pour une durée de cinq ans. Il comporte trois programmations au sens des dispositions de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique :

- lutte contre les évènements indésirables graves liés aux soins,
- amélioration de l'adéquation des soins aux besoins des populations,
- lutte contre les inadéquations hospitalières.

Chapitre 2 Accès aux soins

Article 2

I. A la section 1 du chapitre IV du livre III du titre IV de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-2-1 rédigé comme suit :

« Art. L. 1434-2-1 : Dans chaque agence régionale de santé, il est établi pour chaque année un plan de comblement des bassins de santé ne disposant pas du nombre de professionnels de santé nécessité par les besoins de la population. Ce plan comporte l'état géographique des bassins de santé déficitaires assorti de la liste des professionnels correspondante. Ce document est soumis à l'approbation de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Sur la base de ce document, l'agence régionale de santé publie un appel à candidature pour rechercher la contribution des professionnels nécessaire à la réduction des déficits dans les zones dont fait mention l'état géographique précité. L'appel d'offre de l'agence régionale de santé est établi dans des conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. Il fait notamment apparaître la zone d'intervention ainsi que les conditions financières offertes aux candidats. Si deux mois après sa publication, il est constaté par l'agence régionale de santé que l'appel d'offre est infructueux, le directeur général de l'agence régionale de santé organise directement, dans des conditions qu'il définit lui-même, un service public de santé de suppléance de nature à répondre aux besoins de santé potentiels dans la zone concernée.

En cas d'inaction de l'agence régionale de santé, les associations agréées visées à l'article L. 1114-1 du présent code peuvent demander au ministre chargé de la santé de mettre en demeure le directeur général de l'agence régionale de santé de faire usage des pouvoirs dont il dispose au titre de l'alinéa précédent. »

II. L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou à la juridiction ordinaire compétente, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

« Le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. »

III. Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-14, les mots : « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » et les mots : «, ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure » sont supprimés ;

2° Il est inséré après l'article L. 162-1-14 un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-14-1.* – Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

« 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° Exposent les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ou au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

« 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, peut consister en :

« – une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;

« – une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause;

« – en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses aux cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article font l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local, à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire. »

IV. – La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

Article 3

I. Après le dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un alinéa rédigé comme suit :

« Une révision générale des actes et des prestations visés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale intervient tous les cinq ans. Elle établit notamment les prix de ces actes et de ces prestations tels qu'ils sont réellement constatés. ».

II. Dans le délai d'un an après la publication de la présente loi, l'union nationale des caisses d'assurance maladie publie la première révision générale des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

III. Dans le délai d'un mois après la publication de la première révision générale des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité, les dispositions du 8° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sont abrogées.

Article 4

A la fin du premier alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est insérée la phrase suivante : « En tout état de cause, la révision du plafond de ressources ne peut être inférieure à 60 % du revenu médian constaté par l'Institut national de la statistique et des études économiques pour l'année de référence. ».

Article 5

A l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, les mots « et régulière » sont supprimés.

Article 6

I. Les dispositions de l'article L. 251-1 à L. 251-3, L. 252-2 à L. 252-5 et L. 253-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles sont abrogées.

II. Les dispositions de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Art.L. 254-1 : Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France qui ne relèvent pas d'un régime d'assurance maladie et maternité sont pris en charge au titre des dispositions de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'Etat à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. »

III. Les dispositions de l'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 254-2 : Les établissements de santé facturent à la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale la part des dépenses prises en charge par l'Etat pour les soins dispensés au titre de l'article L. 254-1.»

Article 7

A la fin du deuxième alinéa du I de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés les mots suivants :

« Le montant du ticket modérateur appliqué aux consultations médicales n'excède pas 20% du tarif opposable. »

Article 8

A la fin du Livre IX du code de la sécurité sociale, il est ajouté un titre VII rédigé comme suit :

« Titre VII.

« Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire.

« Art. L. 971-1 : Tout organisme complémentaire d'assurance maladie qui propose un contrat individuel doit se conformer aux dispositions des articles L.872-2 et L.872-3.

« Art. L. 971-2 : Tout organisme complémentaire d'assurance maladie qui propose un contrat individuel doit se conformer à la déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties complémentaires santé de l'union nationale des organismes complémentaire d'assurance maladie, ainsi qu'au glossaire qui lui est annexé. ».

« Art. L. 971-3 : Tout contrat d'assurance individuelle complémentaire comprend la prise en charge :

1° D'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 ;

2° D'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6°, 7° et 14° de l'article R. 322-1, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

3° D'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

4° De l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'arrêté pris en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale définis aux 1° à 3° sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L. 322-2, ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Les dispositions du présent I sont applicables aux consultations effectuées sur prescription du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions y afférentes.

5° De la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations prévoyant, le cas échéant, les catégories de populations auxquelles elles sont destinées est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, des finances et du budget, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

6° Du forfait de 18 euros pour les actes lourds mentionné à l'article L. 322-2-1 ;

7° Du forfait hospitalier mentionné à l'article L. 174-4. »

Titre II

Orientations et outils de la politique nationale de santé

Article 9

Les dispositions de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. L. 1411-1 : La politique nationale de santé a pour objet d'agir sur la santé de la population afin de prévenir les risques de sa dégradation ou d'en corriger les effets sur la personne. Elle est constituée par des priorités, des objectifs et des actions. Elle a pour finalité d'améliorer la santé de la population tout en assurant l'efficacité des actions conduites. Ses effets sont utiles à la réussite des autres politiques publiques qui ne doivent pas avoir de conséquences négatives sur elle.

I. Elle vise à :

- 1°) Promouvoir l'égalité devant la santé ;
- 2°) Préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun ;
- 3°) Renforcer la protection de la santé face aux enjeux sanitaires.

II. La politique nationale de santé met en œuvre les moyens d'intervention suivants :

- 1°) La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et ses déterminants ;
- 2°) La lutte contre les épidémies ;
- 3°) La prévention des maladies, des traumatismes et des pertes d'autonomie ;
- 4°) L'information et l'éducation à la santé de la population ;
- 5°) La promotion de la santé ;
- 6°) Le développement de la qualité et de la sécurité des soins et des produits de santé ;
- 7°) L'organisation du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et de la perte d'autonomie des personnes, en établissement comme en ambulatoire ;
- 8°) Le financement optimal des activités de santé et des actions en faveur de la santé ;
- 9°) Le développement de la recherche et des formations dans le domaine de la santé ;
- 10°) La participation et la représentation de l'ensemble des parties prenantes dans le processus d'élaboration des décisions publiques dans le domaine qui est celui de la politique nationale de santé.

La politique nationale de santé est soutenue par toutes les autres politiques publiques. L'impact de ces politiques publiques sur la santé doit être apprécié au moment de leur conception. A ce titre les projets de lois et les décrets susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé de la population font l'objet d'une étude d'impact faisant apparaître, notamment, son influence potentielle en matière d'égal accès aux soins et de préservation de la santé publique. Un haut fonctionnaire de santé est installé dans chaque département ministériel.

III. La politique nationale de santé définie au présent article est constituée de deux composantes liées entre elles, chacune comportant des objectifs de résultat :

1°) Une stratégie nationale de santé constituée d'un nombre défini de priorités, déclinées en quelques objectifs engageant la mise en œuvre de moyens d'intervention choisis parmi ceux qui sont énumérés au présent article. Elle prévoit les moyens qui seront mobilisés à son service au travers des lois annuelles de financement de la sécurité sociale et des lois de finances ;

2°) Des plans nationaux de santé, qui pour une pathologie donnée, un déterminant de la santé ou une population, définissent les objectifs opérationnels assurant les modes de prévention, de prise en charge et d'organisation pour les soins et l'accompagnement médico-social les plus efficaces et les plus efficaces, relevant des différents moyens d'intervention énumérés au présent article.

IV. La stratégie nationale de santé fait l'objet d'une loi de programmation votée pour cinq ans, par le Parlement. Le résultat de sa mise en œuvre fait l'objet d'un rapport annuel au Parlement qui accompagne les projets de loi de financement. A la suite de ce rapport, le Gouvernement peut prendre, dans le cadre des projets de loi de financement, des dispositions tenant compte des modifications de la stratégie nationale de santé rendues nécessaires par le constat de situations de santé imprévues ou pour compléter les dispositions prises en fonction des évaluations réalisées.

V. Les plans nationaux sont arrêtés par le ou les ministres compétents. Chaque année la mise en œuvre de l'un ou plusieurs d'entre eux fait l'objet d'un bilan, qui complète le rapport annuel de suivi de la stratégie nationale de santé soumis au Parlement.

VI. L'élaboration de la politique nationale de santé repose notamment sur la synthèse nationale des rapports des Etats généraux de la santé dans chaque région et des propositions formulées par le gouvernement après consultation de la Conférence nationale de santé, du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie, du Comité national consultatif des personnes handicapées, du Haut conseil de santé publique, du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et du Comité de national de lutte contre les exclusions. Cette synthèse nationale assortie des avis des instances précitées est également soumise à la Haute autorité de santé. »

Article 10

Pour les années 2012-2017, les priorités de santé visées à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique sont les suivantes :

- 1°) la prévention et l'éducation à la santé,
- 2°) la coordination des soins,
- 3°) la santé mentale.

Article 11

Après la section 1 du chapitre premier du titre V du livre 6 du code de la sécurité sociale, il est inséré les dispositions suivantes :

« Deuxième section :

« Art. L. 651-20 : Pour concourir à l'équilibre des dépenses d'assurance maladie, et notamment aux dépenses de santé publique, il est institué aux profits des différents régimes, une contribution sociale de santé publique à la charge des organismes visés aux articles L. 651-1, sans exclusion des organismes visés à l'article L. 651-2 du même code. Le recouvrement de cette contribution est assuré dans des conditions identiques à la contribution sociale de solidarité prévue par les dispositions de l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale. Des décrets en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de santé publique, fixent les critères de cette contribution ainsi que les conditions de son recouvrement.».

Article 12.

Après l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, est inséré un article rédigé comme suit :

« Art. L. 1434-6-1 :

« A compter du 1^{er} janvier 2014, le montant des moyens alloués aux dépenses de prévention visées à l'article L. 1434-6 ne peut être inférieur à 10 % de l'ensemble des dépenses de santé de l'agence régionale de santé.

« Pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2014, l'agence régionale de santé peut disposer des crédits affectés au financement des activités de soins ou de prise en charge et d'accompagnement médicaux-sociaux. Un rapport d'évaluation de l'application des présentes dispositions est remis au Parlement avant le 1^{er} janvier 2019. »

Article 13

I. Au premier alinéa de l'article L. 5121-28 du code de la santé publique, les mots placés après « peuvent être autorisés » sont remplacés par : « par le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 161-36-5 du code de la sécurité sociale ».

II. Le troisième alinéa de l'article L. 5121-28 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « Pour conduire des études de vigilance et d'épidémiologie impliquant notamment les produits mentionnés à l'article L.5311-1, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Haute autorité de Santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peuvent mettre en commun leurs moyens par voie de conventions. Ces organismes peuvent aussi lancer des appels d'offres pour la réalisation d'études, sous réserve que celles-ci ne fassent pas l'objet d'un financement par une ou plusieurs entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés à l'article L.5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits.

III. Le quatrième alinéa de l'article L. 5121-28 du code de la sécurité sociale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « Chaque année, le groupement d'intérêt public prévu à l'article L 161-36-5 du code de la sécurité sociale, dans son rapport d'activités transmis au Parlement, décrit le résultat des études menées et formule des recommandations ».

IV. Le cinquième alinéa de l'article L. 5121-28 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Titre III

Promotion de la santé des populations et accompagnement des patients

Article 14

Pour une durée de cinq ans, une programmation nationale, établie dans les conditions visées à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, vise à mettre en place, sur la base du volontariat, dans dix agences régionales de santé au maximum, des projets pilotes en faveur de la continuité des prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette programmation nationale est dotée d'un conseil de surveillance comportant notamment des représentants de l'Etat, du comité national de pilotage des agences régionales de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance, de l'Agence nationale de la tarification hospitalière, de la Haute autorité de santé, du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et des représentants des associations d'usagers du système de santé visées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Ce conseil de surveillance a notamment pour objet de veiller à l'exécution de la programmation et à son évaluation. Sa composition et ses missions sont précisées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 15

Après l'article L. 1411-13 du code de la santé publique est inséré l'article L. 1411-14 dont la rédaction suit :

« Pour les pathologies visées à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, un plan personnalisé de soins et d'accompagnement est expliqué et remis au patient. Le plan personnalisé de soins et d'accompagnement doit permettre de lui exposer la chaîne de soins et d'accompagnement coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge ainsi que notamment les programmes d'éducation thérapeutique ou d'apprentissage et les actions d'accompagnement visés aux articles L. 1161-1 et suivants du code de la santé publique. Il s'impose principalement lors de la prise en charge initiale, le cas échéant en lien avec le dispositif d'annonce adapté, et contient au minimum la proposition thérapeutique acceptée par le patient, les noms et coordonnées du médecin et de l'équipe soignante de référence, ainsi que celles des associations de patients avec lesquelles il peut prendre contact. Des plans de référence sont élaborés par la Haute autorité de santé, sans préjudice des recommandations et réglementations établissant déjà de tels plans. ».

Article 16

I. A la fin de l'article L 1161-3 du code de la santé publique sont ajoutées les phrases suivantes :

« Elles sont organisées, par les associations agréées visées à l'article L 1114-1 du code de la santé publique, dans le cadre de centres d'accompagnement des patients et de leur entourage. Les centres d'accompagnement des patients et de leur entourage relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent avec les autres dispositifs à la politique d'éducation thérapeutique visée aux articles L 1161-1 et suivants du code de la santé publique. Les promoteurs de ces centres peuvent construire des conventions de partenariat avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique visés à l'article L 1161-2. Les missions des centres d'accompagnement des patients et de leur entourage sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Les actions d'accompagnement sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, par des guides de bonnes pratiques ainsi que par un guide d'auto-évaluation publiés par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé.

Les personnes accueillies dans les centres d'accompagnement des patients et de leurs proches peuvent bénéficier, à leur demande, d'une prise en charge anonyme.

II. A la fin du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont ajoutés les mots : « et les centres d'accompagnement des patients et de leurs proches visés à l'article L 1161-3 du code de la santé ».

Titre IV

Renforcement de la démocratie sanitaire

Article 17

I. A la fin du premier alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale il est ajouté un 7°) rédigé comme suit :

« 7°) De mettre en place, en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, une base de données, consultable et téléchargeable, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé, des usagers et des administrations

compétentes, en matière de produits et services de santé. Pour la mise en œuvre de cette base de données, elle installe un comité éditorial comprenant des représentants des instances de santé précitées, des services de l'Etat, des professionnels de santé ainsi que des associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. ».

II. Les dispositions de l'article L. 161-40 du code de la sécurité sociale sont abrogées.

Article 18

Après le deuxième alinéa de l'article L. 4163-1 du code de la santé publique, il est ajouté l'alinéa suivant :

« Sur saisine des associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles constatent les manquements aux obligations d'information prévues à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de la santé et de l'autonomie met en demeure le professionnel de santé concerné de satisfaire à ladite obligation. »

Article 19

I. Au deuxième alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les mots « instances hospitalières ou de santé publique » sont remplacés par : « toutes les instances relatives à la santé, à l'autonomie et à l'assurance maladie ».

II. A la fin du deuxième alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique sont insérées les dispositions suivantes :

« Les représentants des usagers siègent dans les organes délibératifs des instances précitées sans préjudice de leur participation dans les commissions ou processus de consultation que ces instances mettent en place. Ces représentants ont droit à une formation mise en œuvre par les associations agréées elles-mêmes avec les moyens du fonds d'intervention visé à l'article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale. ».

III. Au quatrième alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les mots « auprès de la Haute Autorité de santé » sont remplacés par les mots « auprès de la commission nationale visée au premier alinéa du présent article ».

IV. Après le quatrième alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, il est ajouté un cinquième alinéa rédigé comme suit :

« Les associations agréées mentionnées au premier alinéa du présent article peuvent, dès lors qu'elles ont une activité nationale, solliciter auprès des instances visées au deuxième alinéa du présent article l'organisation d'une audition publique sur la question de leur choix dans le domaine de compétence de l'instance concernée. L'organe délibérant de cette dernière rend publiques les demandes dont il est saisi ainsi que, le cas échéant, le motif de ses refus. L'instance concernée, qui ne peut accepter plus de deux débats par an, sauf pour des motifs exceptionnels, affecte les moyens matériels utiles à l'organisation du débat public auprès du comité d'organisation indépendant qu'elle met en place à cet effet. Un arrêté

prévoit les conditions relatives à l'organisation de ces auditions publiques ainsi que dans son annexe les recommandations méthodologiques à suivre pour leur conduite.».

V. Après le cinquième alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, il est ajouté un sixième alinéa rédigé comme suit :

« Sans préjudice des dispositions du cinquième alinéa du présent article, les associations agréées mentionnées au premier alinéa du présent article disposent d'un droit d'alerte auprès de la Haute autorité de santé visée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale sur toute question entrant dans son champ de compétence. La Haute autorité de santé rend publique sa réponse, après instruction de la demande selon des modalités qu'elle détermine et rend publiques ou à l'issue d'une audition publique dans les conditions prévues par le précédent alinéa. »

VI. Au premier alinéa de l'article L. 161-42 du code de la sécurité sociale, le mot « huit » est remplacé par le mot « neuf ».

Au 1^o du premier alinéa de l'article L. 161-42 du code de la sécurité sociale, le mot « deux » est remplacé par les mots « trois » et après le mot « membres » sont insérés les mots suivants « dont un au titre des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, ».

VII. Après l'alinéa 1^{er} de l'article L. 161-41 du code de la sécurité sociale est inséré l'alinéa dont la rédaction suit :

« Elle comporte un conseil des patients et des citoyens présidé par le membre du collège désigné au titre des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. La composition et les missions du conseil des patients et des citoyens sont fixées par décret ».

VIII. Au quatrième alinéa du I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots « représentants de l'Etat » sont insérés les mots : « deux représentants des associations agréées au titre des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. ».

IX. Après l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est inséré un article L. 1114-1-1 rédigé comme suit :

« Art. L. 1114-1-1 : Dans toutes instances visées à l'article L. 1114-1, les procès-verbaux des réunions sont rendus publics. Ils comportent obligatoirement la mention de l'avis des associations agréées qui y siègent au titre des dispositions de l'article L. 1114-1 dès lors que l'avis de ces associations diffère de l'avis majoritaire. Ces avis sont regroupés dans une annexe au procès-verbal intitulé « Avis minoritaires ». »

X. Après l'article L. 1114-1-1 du code de la santé publique est inséré un article L.1114-1-2 rédigé comme suit :

« Art. L. 1114-1-2 : Les représentants des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 qui siègent dans les instances visées au même article sont remboursés dès le premier euro du montant de la perte de rémunération née de l'exercice de sa mission au sein des

instances précitées. Les sommes relatives à ces remboursements sont prélevées sur le fonds d'intervention pour le financement des activités de représentation des associations agréées mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale. ».

Article 20

Après l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 221-1-3 rédigé comme suit :

« Art. L. 221-1-3 :

« I. Il est créé un fonds d'intervention pour le financement des activités de représentation des associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

II. Les ressources du fonds sont constituées par une dotation obligatoire des régimes d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'Etat, des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ainsi qu'un représentant de la commission nationale d'agrément figurant à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et d'un conseil national du financement des activités de représentation des associations agréées, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des associations agréées visées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et de personnalités qualifiées nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du conseil national du financement des activités de représentation des associations agréées est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et de représentants des associations agréées.

IV. Sur proposition du comité national de gestion, le conseil national du financement des activités de représentation des associations agréées délibère sur :

1° La part affectée au financement d'expérimentations concernant l'expression des besoins des usagers du système de santé et son attribution en fonction des demandes exprimées par les associations agréées.

2° L'examen hors financement visé au 1° des demandes des associations agréées pour l'exercice de leur représentation, de leur coordination éventuelle ainsi que la formation de leurs représentants.

3° Le rapport d'activité annuel.

Le conseil national du financement des activités de représentation des associations agréées peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au

comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V. Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au conseil national du financement des activités de représentation des associations agréées.

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au conseil national du financement des activités de représentation des associations agréées. Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre de chaque année.

VI. Les financements sont attribués dans le cadre d'une convention triennale, sauf circonstances particulières motivées. L'attribution de certains financements peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret.

VII. La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du conseil national du financement des activités de représentation des associations agréées et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.

Article 21

Le chapitre II du titre II du code de la consommation est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Action de groupe

« SECTION 1

« Dispositions générales

« Art. L. 422-1. - Lorsque plusieurs consommateurs subissent des préjudices matériels trouvant leur origine dans les manquements d'un même professionnel à ses obligations contractuelles, aux obligations qui sont les siennes en vue de la conclusion d'un contrat ou aux règles définies aux titres II et IV du livre IV du code de commerce, toute association de défense des consommateurs habilitée à cet effet dans les conditions fixées à l'article L. 411-2 ainsi que toute association d'usagers du système de santé agréée au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique peut agir en justice en vue de faire reconnaître la responsabilité du professionnel à l'égard de tous les consommateurs placés dans une situation identique ou similaire.

« Lorsque plusieurs de ces associations introduisent une action portant sur les mêmes faits, elles peuvent désigner l'une d'entre elles pour conduire, en leur nom, l'action résultant de la jonction des différentes actions. À défaut, cette désignation est effectuée par le juge.

« Art. L. 422-2. - Au vu des cas individuels présentés par l'association requérante, le juge se prononce sur la responsabilité du professionnel pour tous les cas identiques ou similaires susceptibles de correspondre à un préjudice existant au moment de l'introduction de l'instance ou jusqu'à l'expiration du délai fixé au second alinéa de l'article L. 422-4.

« Art. L. 422-3. - Le juge détermine le groupe des plaignants à l'égard desquels la responsabilité du professionnel est engagée, soit en désignant individuellement les intéressés lorsque tous sont connus, soit en définissant les critères de rattachement au groupe. À cette fin, il se fait communiquer par le professionnel toute information utile.

« Art. L. 422-4. - Dans sa décision prononçant la responsabilité du professionnel, le juge ordonne les mesures nécessaires pour informer les consommateurs susceptibles d'appartenir au groupe des plaignants de la procédure en cours. Ces mesures sont à la charge du professionnel. Elles ne peuvent être mises en œuvre avant que la décision du juge soit devenue définitive.

« Le juge fixe le délai pendant lequel les consommateurs intéressés peuvent se joindre à l'action et déposer une demande d'indemnisation.

« Art. L. 422-5. - À l'expiration du délai mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 422-4, le juge établit la liste des consommateurs recevables à obtenir une indemnisation du professionnel. Il évalue, pour chacun, le montant de sa créance ou définit les éléments permettant son évaluation et précise les conditions de versement de l'indemnisation.

« Lorsqu'une réparation en nature du préjudice lui paraît plus adaptée, le juge précise les conditions de sa mise en œuvre par le professionnel.

« Le juge statue en dernier ressort lorsque l'action porte sur des dommages dont le montant individuel est inférieur à une somme fixée par décret.

« Art. L. 422-6. - Les recours formés contre la décision mentionnée à l'article L. 422-5 ne peuvent porter que sur la détermination des victimes, le montant de leur créance, les éléments de son évaluation ou les modalités de la réparation décidée.

« Art. L. 422-7. - À l'expiration du délai ouvert pour former un recours contre la décision mentionnée à l'article L. 422-5, le jugement devient exécutoire pour les indemnisations individuelles qui n'ont pas fait l'objet de contestation.

« Art. L. 422-8. - L'association requérante ou l'association désignée conformément au second alinéa de l'article L. 422-1 peut agir, sauf opposition de leur part, au nom et pour le compte des plaignants ayant déposé une demande d'indemnisation, en cas de contestation ou de difficulté d'exécution, pour ce qui les concerne, de la décision mentionnée à l'article L. 422-5.

« Pour assurer le recouvrement des sommes dues par le professionnel aux consommateurs figurant sur la liste établie par le juge en application du premier alinéa de l'article L. 422-5, elle peut mandater des huissiers de justice à l'effet de diligenter des procédures d'exécution et saisir le juge aux fins de prononcé d'une astreinte.

« Art. L. 422-9. - La saisine du juge dans les conditions définies à l'article L. 422-1 suspend le délai de prescription des actions individuelles en responsabilité sur des faits identiques ou similaires et reposant sur les mêmes manquements reprochés au professionnel.

« Art. L. 422-10. - Les décisions prononcées en application des articles L. 422-4 et L. 422-5 n'ont l'autorité de la chose jugée qu'à l'égard du professionnel, des associations requérantes et des plaignants dont la demande d'indemnisation a été déclarée recevable par le juge.

« N'est pas recevable l'action de groupe visant les mêmes faits et les mêmes manquements reprochés au professionnel qu'une action de groupe précédemment engagée.

« La participation à une action de groupe s'effectue sans préjudice du droit d'agir selon les voies du droit commun pour obtenir la réparation des préjudices qui n'entrent pas dans son champ d'application.

« SECTION 2

« Médiation organisée dans le cadre d'une action de groupe

« Art. L. 422-11. - Seule l'association requérante ou l'association désignée, conformément au second alinéa de l'article L. 422-1, est recevable à participer à une médiation au nom du groupe.

« Art. L. 422-12. - Le juge peut, à tout moment de la procédure, inviter le professionnel et l'association requérante ou l'association désignée, conformément au second alinéa de l'article L. 422-1, à se soumettre à une médiation conduite par un tiers qu'il désigne, afin de parvenir, sur les points non encore tranchés, à un accord sur la reconnaissance du préjudice causé aux consommateurs, sur la liste des consommateurs lésés ou les critères de rattachement au groupe des plaignants, ou sur les modalités de leur indemnisation.

« Art. L. 422-13. - Tout accord négocié au nom du groupe est soumis à l'homologation du juge, qui vérifie qu'il est conforme aux intérêts des consommateurs susceptibles d'y appartenir.

« Toutefois, les termes de l'accord ne sont pas opposables aux consommateurs qui n'y ont pas expressément consenti.

« L'homologation prononcée par le juge donne force exécutoire à l'accord négocié, qui constitue, pour les parties auxquelles il s'applique, un titre exécutoire au sens de l'article 3 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution.

Chapitre 5

Relations avec les usagers et qualité de la prise en charge ambulatoire.

Article 22.

Après l'article L. 1114-4 du code de la santé publique est inséré l'article L. 1114-5 rédigé comme suit :

« Chaque agence régionale de santé met en place dans les ressorts territoriaux qu'elle détermine après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, une ou des commissions veillant aux relations avec les usagers et à la qualité de la prise en charge dans le

domaine des soins de ville. Les missions et la composition de ces commissions sont définies par un décret en Conseil d'Etat. »

Chapitre 6

Indépendance de la Conférence nationale de la santé et des conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

Article 23

I. Après le deuxième alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, il est ajouté un alinéa rédigé comme suit :

« La Conférence nationale de santé dispose de la personnalité juridique. Il est adjoint à la Conférence nationale de santé un secrétariat général permanent. Les crédits nécessaires au fonctionnement de la Conférence nationale de santé sont inscrits au budget du ministère de la santé. Le bureau de la Conférence nationale de santé décide de leur utilisation dans la limite de leur montant. Les délibérations et les avis de la Conférence nationale de santé sont publics. ».

II. L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie dispose de la personnalité juridique. Il est adjoint à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie un secrétariat général permanent. Les crédits nécessaires au fonctionnement de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont inscrits au budget de l'agence régionale de la santé et de l'autonomie. La commission permanente de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie décide de leur utilisation dans la limite de leur montant. Les délibérations et les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont publics. ».