



N° 2330

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2019.

PROPOSITION DE LOI

portant mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Alain BRUNEEL, Pierre DHARRÉVILLE, Huguette BELLO, Moetai BROTHERRSON, Marie-George BUFFET, André CHASSAIGNE, Jean-Paul DUFRÈGNE, Elsa FAUCILLON, Sébastien JUMEL, Manuëla KÉCLARD-MONDÉSIR, Jean-Paul LECOQ, Jean-Philippe NILOR, Stéphane PEU, Fabien ROUSSEL, Gabriel SERVILLE, Hubert WULFRANC,

député-e-s.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le 10 janvier 2018, à l'invitation des parlementaires communistes, plus de cent personnes étaient réunies pour une rencontre autour du thème « Hôpital en danger, politique à refonder ». Des dizaines et des dizaines de témoignages de souffrance terriblement poignants se sont succédés, livrés par un personnel hospitalier, qui à bout de souffle et à bout de bras, fait encore se tenir debout nos hôpitaux et EHPAD publics.

Face à cette détresse, les parlementaires communistes ont décidé de transformer ce temps fort en un « Tour de France des hôpitaux et des EHPAD ». Cette initiative a donné lieu à la visite de 150 établissements aux quatre coins de l'hexagone et dans les territoires d'Outre-mer, et permis de rencontrer des milliers de personnes : agentes et agents hospitaliers, chef.fe.s de services, syndicalistes, usagers, membres des directions.

De ces visites et ces échanges, les mêmes constats ressortent : celui de la souffrance et de l'impression de mettre en application une logique de devoir « toujours faire plus avec moins ». Ces rencontres sont venues confirmer que le système de santé dans son ensemble, et plus particulièrement l'hôpital, est en crise et que son personnel a besoin de parler et de se faire entendre. Épuisés par les politiques d'austérité successives, les personnels hospitaliers évoquent principalement le manque de moyens humains et matériels, ainsi que la perte de sens de leur travail. La grève menée par les services d'urgence depuis mars 2019 est le symbole particulièrement visible de ce mal-être. À l'heure où cette proposition de loi est déposée, plus de la moitié des services d'urgence de France sont en grève. Et les quelques annonces du Gouvernement sont loin de calmer la crise car elles ne répondent absolument pas à la gravité de la situation.

Au-delà de cette souffrance, les parlementaires ont pu aussi mesurer toute la dignité des personnels, de l'aide-soignant.e au chef.fe de service, qui mettent entre parenthèses leur vie familiale et personnelle pour faire face à l'impératif de la qualité des soins. Ils ont également constaté qu'elles et ils étaient force de propositions, mais que leurs témoignages n'étaient pas pris en compte pour refonder une politique de santé publique à la hauteur des besoins de la population dans notre pays.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement a présenté, en septembre 2018 le plan « Ma santé 2022 », qui a abouti à l'adoption d'une

loi en juillet 2019. Cette énième réforme, sans financement nouveau, ne répond pas à la crise aigüe et urgente qui frappe le monde hospitalier. Loin de prendre la mesure des conséquences engendrées par les pénuries de moyens et de personnels, le plan santé et la loi qui le met en œuvre se contentent de mesures de réorganisation du système de soins, tout en poursuivant les réductions de dépenses publiques.

Pire, nous pensons que cette réforme représente un danger pour notre système public de santé. Tous les ingrédients sont réunis pour de nouvelles fermetures de structures et de services *via* la refonte de la carte hospitalière, et la transformation d'hôpitaux généraux en hôpitaux dits de proximité, véritables coquilles vides, car sans maternité, sans activité chirurgicale, sans urgences. Dans le même temps, le Gouvernement applique la politique du zéro contrainte à l'égard de la médecine de ville qui est seulement encouragée à se regrouper dans les territoires pour tenter d'enrayer la désertification médicale rampante.

Aussi, parce qu'il est plus qu'urgent d'agir face à ce désarroi, les député.e.s du groupe GDR ont décidé de présenter un plan d'urgence pour répondre au plus vite aux besoins en santé de nos concitoyennes et concitoyens ainsi qu'à la souffrance hospitalière.

La présente proposition de loi est donc l'aboutissement d'un travail collectif, fruit de nombreuses rencontres et, d'échanges avec les personnels sur le terrain, et d'auditions avec les actrices et acteurs du monde de la santé et de l'action sociale.

L'ambition de ce texte est de mettre en œuvre des mesures d'urgence, applicables rapidement, pour garantir des soins de qualité à nos concitoyennes et concitoyens et renforcer les capacités d'actions du service public hospitalier et des EHPAD. Il s'agit également et surtout de proposer des financements nouveaux pour l'assurance maladie et le système public de santé.

Si ces mesures ne prétendent pas l'exhaustivité, elles constituent le premier volet d'une réforme plus globale de notre système de santé que les député.e.s de notre groupe entendent poursuivre dans les prochains mois.

Le financement de la santé et de l'hôpital public

Depuis trop longtemps, l'assurance maladie et l'hôpital public souffrent de sous-financement. Cette situation tient autant à une compression des dépenses de santé qu'à une insuffisance des recettes.

D'une part, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est, chaque année, limité par le Gouvernement à environ 2 %, alors qu'il faudrait le porter à 4,5 % pour répondre à l'évolution naturelle des dépenses de santé et exiger dans le même temps un effort de rattrapage pour combler trente ans d'austérité. Première victime de ces logiques comptables, le budget hospitalier est devenu, pour les gouvernements successifs, la principale variable d'ajustement de l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. En France, six hôpitaux sur dix sont désormais en déficit, ce qui empêche mécaniquement l'investissement dans les services, et pèse ensuite sur la qualité de l'accueil des patientes et patients et sur la qualité des soins.

D'autre part, les multiples dispositifs d'exonérations de cotisations sociales patronales qui sont faites au nom de la baisse du prétendu « coût du travail » assèchent les recettes de la sécurité sociale. En 2019, ces dispositifs représentent une somme de 63 milliards d'euros, en augmentation de 40 % par rapport à 2017. Si l'État s'engageait initialement à compenser intégralement ces pertes pour le budget de la sécurité sociale, ce n'est plus le cas désormais. À cela s'ajoute la fraude patronale aux cotisations sociales (travail illégal ou dissimulé) qui représenterait une perte annuelle de 20 milliards d'euros selon la Cour des comptes.

Pour les établissements hospitaliers des outre-mer, la situation financière se complique davantage avec l'inadaptation du coefficient géographique. Créé en 2006 lors de la mise en place de la tarification à l'activité (la T2A) pour compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé des régions d'outre-mer (à l'exception de Mayotte qui perçoit une dotation forfaitaire) et de la Corse, ce coefficient ne joue pas son rôle. Si le surcoût lié aux salaires des personnels de santé est, pour l'essentiel, pris en compte, il en va différemment pour les charges relatives à l'acheminement des médicaments et matériels médicaux, au droit d'octroi, aux frais de maintenance ainsi que pour les coûts de constructions immobilières.

Adapter ce coefficient à la réalité des coûts locaux contribuerait à réduire drastiquement le déficit de la plupart des établissements de santé des outre-mer. Pour La Réunion qui n'a connu qu'une augmentation d'un

point en douze ans, cette revalorisation apparaît comme indispensable puisqu'elle mettrait fin à une distorsion grandissante entre les charges des établissements de santé publics et leurs ressources. Les efforts consentis par les personnels et leur engagement sans faille porteront alors d'autant plus que cette réévaluation constituera une réponse durable à un déficit surtout structurel.

Il convient désormais de sortir de cette logique de réduction des dépenses de santé et de consolider les recettes de la sécurité sociale. Telle est l'ambition du **titre I^{er}** qui prévoit plusieurs mesures fortes pour financer les besoins en santé et l'hôpital en public. Elles permettraient ainsi de fixer d'ores et déjà un ONDAM à 4,5 % en 2020, soit une augmentation de 5 milliards d'euros par an, tout en investissant de manière massive dans les hôpitaux. Ainsi, les nouvelles recettes de l'assurance maladie seraient utilisées prioritairement pour embaucher 100 000 agents hospitaliers et titulariser les contractuels dans le cadre d'un grand plan d'embauche et de formation. Il serait accompagné d'un plan d'investissements hospitaliers porté par l'État afin de moderniser les hôpitaux.

L'**article 1^{er}** prévoit l'extinction progressive sur deux ans de l'allègement de cotisation patronale d'assurance maladie (ou allègement CICE) qui représente un coût annuel de 22,1 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Ce dispositif, qui est distribué aux entreprises sans contreparties, a montré son inefficacité en termes de création d'emplois.

L'**article 2** supprime de manière progressive entre 2020 et 2022 le dispositif « Fillon » d'allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires, qui outre son coût annuel pour les finances sociales (23 milliards d'euros pour la sécurité sociale en 2018, dont 11 milliards d'euros pour la seule branche maladie), encourage la création d'emplois peu qualifiés et mal rémunérés.

L'**article 3** soumet les revenus financiers des entreprises à des cotisations sociales sur la même base que les taux de cotisations sociales payées par les employeurs sur les salaires.

L'**article 4** prévoit d'exonérer les établissements publics de santé et les EHPAD publics de taxe sur les salaires comme cela se fait déjà pour l'État et les collectivités territoriales. Cette mesure permettra de redéployer 4 milliards d'euros dans l'activité hospitalière dès 2020, notamment pour financer des réouvertures de lits, des embauches et des revalorisations salariales dans l'ensemble des services.

L'**article 5** crée un principe de non-prolifération des mesures de réduction de cotisations sociales. Depuis 20 ans, les dispositifs d'exonération se sont empilés sans que leur efficacité en termes de créations d'emploi, d'investissement, de formation ou de revalorisation salariale ne soit clairement démontrée. On dénombre ainsi 92 dispositifs d'exonération ou d'exemptions en 2019, selon l'annexe 5 du PLFSS 2019. Afin de mettre un terme à cet empilement de niches sociales, il s'agit ici de corréliser toute mesure nouvelle d'exonération sociale à la suppression dans la même proportion d'un dispositif d'exonération existant.

Enfin, l'**article 6** prévoit une revalorisation du coefficient géographique applicable aux établissements publics de santé des Outre-mer en fonction des surcoûts réellement supportés. Historiquement instauré pour compenser des surcoûts spécifiques liés à des particularités locales, ce coefficient a très peu progressé, engendrant des déficits structurels et des sous-investissements dans les structures hospitalières.

Le renforcement du service public hospitalier

Outre le manque chronique de moyens et de personnels, les dernières réformes de santé (Loi Bachelot 2009, Loi Touraine 2016) ont mis à mal le service public hospitalier en promouvant une gestion de l'hôpital public calquée sur l'entreprise commerciale et les logiques de concurrence. L'instauration de la tarification à l'activité, la création des groupements hospitaliers de territoire comme l'usage des méthodes de management privé, sont les symptômes de cette dérive.

Au lieu de répondre à la crise de financement de l'hôpital public et aux aspirations des personnels hospitaliers, ces réformes ont été guidées par la seule recherche d'efficacité du système de santé au détriment des missions d'intérêt général. La gestion comptable des hôpitaux a conduit à de nombreuses restructurations hospitalières et à l'augmentation de la souffrance au travail. Loin de tirer les constats de ces précédents échecs, la loi Santé d'Agnès Buzyn adoptée en 2019 poursuit dans la même lignée en insistant sur les questions d'organisation et de sécurité de l'activité hospitalière tout en niant le problème central du financement. Cette rhétorique de l'efficacité est ainsi mobilisée pour justifier des fermetures de maternités ou de services d'urgences dans des territoires qui payent déjà les carences de la médecine de ville.

Le service public hospitalier est en état d'urgence, et les récentes mobilisations dans plus de la moitié des services d'urgence en 2019 ne sont que le miroir grossissant de la crise hospitalière caractérisée par un manque de moyens et de personnels, la stagnation des salaires, une augmentation de l'activité et des passages, et la déficience de la médecine de ville. Sortir l'hôpital des exigences de concurrence et de rentabilité est devenu un impératif pour garantir sur tout notre territoire des soins de proximité et de qualité. Il est indispensable de prendre en considération dans l'élaboration du diagnostic territorial de santé, la réalité socioéconomique et sociale qui sont des déterminants à fort impact sur les besoins en proximité des professionnels de santé. Ainsi, les territoires en grande difficultés économiques doivent pouvoir bénéficier d'un maillage de santé renforcé. C'est l'objet du **titre II** de cette proposition de loi que de mettre en œuvre des mesures d'urgence pour garantir un service public hospitalier renforcé tout en évaluant les effets des réformes précédentes.

L'**article 7** instaure un moratoire sur les fermetures d'établissements, de services et de lits hospitaliers pour que cessent les restructurations hospitalières qui fragilisent l'accès aux soins pour nos concitoyens.

L'**article 8** prévoit une évaluation des effets positifs et négatifs du virage ambulatoire.

L'**article 9** procède à une évaluation des impacts des groupements hospitaliers de territoire au regard de l'offre publique de soins, des conditions de travail des personnels hospitaliers et de la qualité des soins.

L'**article 10** définit l'hôpital de proximité comme un établissement assurant obligatoirement des activités de médecine d'urgence, de chirurgie et d'obstétrique. À ce titre, ils disposent d'un service d'urgences ouvert en permanence, d'une maternité de niveau I, d'un service de chirurgie, et de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

L'**article 11** instaure un seuil minimal de présence hospitalière dans chaque bassin de vie de sorte que le maillage du système public de santé garantisse l'accès à un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile en transports. Cette mesure concerne en particulier les services de maternité, dont les fermetures récurrentes contribuent à éloigner les patientes des structures d'accouchement.

L'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les déserts médicaux

Les inégalités d'accès aux soins ne cessent de se renforcer dans notre pays et ce à double titre.

Le premier constat est le suivant : l'accès à des soins de qualité dépend de plus en plus de la capacité de nos concitoyennes et concitoyens à payer leurs frais de santé. Ces dernières années les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire n'ont cessé d'augmenter. Les mesures de déremboursement, les participations forfaitaires à la charge des assuré.e.s sur les consultations, ou encore les franchises médicales sur les médicaments ont conduit à un désengagement progressif de la sécurité sociale dans la prise en charge des frais de santé, laissant une place de plus en plus significative aux complémentaires santé et notamment aux assureurs privés. Parallèlement, les dépassements d'honoraires restent une pratique courante chez les médecins spécialistes. Le montant total des dépassements d'honoraires atteignait en 2016, 2,66 milliards d'euros dont 2,45 milliards pour les seuls médecins spécialistes. Si les dépassements moyens ont diminué ces dernières années du fait des contrats OPTAM (option de pratique tarifaire maîtrisée), les effets de cette baisse sont malheureusement neutralisés par une augmentation du nombre de médecins y ayant recours.

Or, les dépassements d'honoraires contribuent à aggraver les inégalités d'accès aux soins pour nos concitoyennes, concitoyens et créent un système de santé à deux vitesses.

En outre, ces inégalités financières s'accompagnent de la montée d'inégalités géographiques, de sorte que l'accès rapide à des soins dépend de manière croissante du lieu de résidence. Chaque année, le désert médical français s'étend et s'aggrave, à tel point que des territoires se retrouvent aujourd'hui sans médecin généraliste et de plus en plus éloignés de l'offre publique de soins. Le nombre de médecins généralistes ne cesse de baisser depuis 10 ans, passant de 97 012 en 2007 à 88 137 en 2017. Parallèlement, l'offre de soins se concentre dans les grandes aires urbaines, laissant à l'abandon les territoires ruraux et périurbains, mais aussi ultra-marins puisque la Guyane et Mayotte sont souvent qualifiés de « plus grands déserts médicaux de France ». Les grandes villes subissent cependant, elles aussi, des problématiques de désertification médicale. Cette situation risque d'empirer puisque l'offre de soins devrait encore être inférieure à la demande au cours des dix prochaines années.

Face à ce constat, des mesures incitatives très couteuses ont été mises en place sans que les inégalités d'accès aux soins se réduisent : aides à l'installation, zones franche, exonération de cotisations, création de maisons médicales pluridisciplinaires à l'initiative le plus souvent des collectivités locales.

La réduction des dépenses publiques de santé y est aussi pour beaucoup. Il est évident que les fermetures d'hôpitaux, de maternités, et plus généralement de lieux de santé de proximité ont précipité l'extension de déserts médicaux.

Ces inégalités sont dramatiques pour nos concitoyennes et nos concitoyens qui renoncent de plus en plus à se faire soigner car les délais d'attentes sont trop longs ou l'offre de soins trop éloignée géographiquement. Elles entraînent des inégalités face à la maladie et une surmortalité dans les territoires les moins dotés.

À travers le **titre III** de ce texte, nous proposons donc de répondre à ces enjeux en utilisant plusieurs leviers : une meilleure prise en charge des soins par la sécurité sociale, l'augmentation du nombre de professionnels de santé, la création de centres de santé pour favoriser l'exercice regroupé et salarié de la médecine, la régulation de l'implantation des médecins sur le territoire et le rétablissement de l'obligation de garde des médecins la nuit, les weekends et les jours fériés pour les médecins libéraux.

Les mesures du **chapitre I** ont pour ambition d'améliorer l'accès aux soins en assurant une meilleure prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie.

L'**article 12** supprime la participation forfaitaire à la charge de l'assuré lors d'une consultation ainsi que les franchises médicales sur les médicaments.

L'**article 13** encadre les dépassements d'honoraires que peuvent pratiquer les médecins conventionnés en secteur 2 à hauteur de 30 % du tarif opposable alors que le taux moyen du dépassement pratiqué est de 56 % selon un rapport de la Cour des comptes de novembre 2017.

L'**article 14** généralise le tiers payant intégral pour les professionnels de santé relevant de la médecine de ville à compter du 1^{er} janvier 2021. De cette manière, les assuré.e.s n'auront plus à avancer de frais sur l'ensemble des dépenses de soins, qu'elles relèvent de l'assurance maladie ou des complémentaires santé.

L'**article 15** propose le remboursement intégral par l'assurance maladie des vaccins obligatoires en mettant à contribution les industriels pharmaceutiques.

Le **chapitre II** prévoit ensuite des mesures pour réguler l'installation des médecins et encourager la mise en place de centres de santé dans tous les territoires.

L'**article 16** instaure un conventionnement sélectif à l'installation afin que l'installation d'un médecin dans une zone à forte densité médicale ne puisse intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

L'**article 17** rétablit les gardes de nuit, les week-ends et les jours fériés pour les médecins libéraux.

L'**article 18** propose d'orienter les aides à l'installation existantes vers les collectivités territoriales pour la création de centres de santé.

L'**article 19** abroge une disposition de la loi santé qui ouvre la voie à l'exercice libéral de la médecine dans les centres de santé.

Le **chapitre III** prévoit enfin d'améliorer l'accès aux interruptions volontaires de grossesses.

L'**article 20** autorise à titre expérimental les sages-femmes à pratiquer des interruptions volontaires de grossesses instrumentales.

L'**article 21** supprime la double clause de conscience pour les interruptions volontaires de grossesses

L'**article 22** allonge le délai légal pour les interruptions volontaires de grossesses de 12 à 14 semaines.

Le renforcement des EHPAD pour répondre au défi de la perte d'autonomie

Le vieillissement de la population dans les prochaines années va accroître fortement les besoins en matière de financement public, de structures et de personnels. Alors que, depuis des années, la problématique de la perte d'autonomie est présentée comme un défi, les gouvernements successifs se sont engagés sur ce chantier sans jamais aboutir. Le passage de 16 millions de personnes en 2015 à 24 millions de personnes de plus de

soixante ans en perte d'autonomie en 2050, et la multiplication par quatre d'ici à 2050 du nombre de personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans sont pourtant de réels enjeux pour notre société. Alors que le coût pour la puissance publique de l'accompagnement de la perte d'autonomie (soins, hébergement et dépendance) représente 28 milliards d'euros en 2018, le besoin de financement supplémentaire en 2030 par rapport à la situation actuelle est estimé à minima à 9,2 milliards d'euros.

Pour notre part, nous estimons que le risque « dépendance » doit être intégré dans la branche maladie de la sécurité sociale et que le financement de la solidarité intergénérationnelle doit reposer essentiellement sur la mise à contribution des revenus financiers des entreprises.

Nous proposons d'engager un plan de recrutement de 100 000 emplois statutaires par an sur trois ans dans la filière gériatrique pour atteindre 1 salarié par résident à partir de 2023, et lancer un grand plan d'investissement pour la création et la modernisation des EHPAD publics et privés non lucratifs.

Cette refondation doit également reposer, sur l'établissement d'une juste rémunération des services à domicile et une véritable amélioration de la situation, aujourd'hui précaire, des salarié.e.s du secteur, qui sont à 98 % des femmes et sont soumis à des conditions de travail pénibles.

Le **titre IV** de la présente proposition de loi s'attache donc à traduire concrètement ces priorités grâce à des nouveaux financements dédiés.

L'**article 23** crée une contribution de solidarité des actionnaires pour financer la perte d'autonomie. Pour ce faire, un prélèvement social de 2 % est appliquée à l'ensemble des dividendes des entreprises. Elle permettrait ainsi de récupérer près de 1 milliard d'euros par an pour le financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

L'**article 24** met en place des tarifs publics réglementés pour l'hébergement dans les EHPAD afin de limiter les restes à charge des personnes placées et de leurs familles.

L'**article 25** prévoit un ratio d'encadrement des résident.e.s dans les EHPAD. Ce ratio est fixé à six professionnels pour dix résidents à compter de la promulgation de la proposition de loi avec l'objectif d'atteindre un professionnel par résident au plus tard le 1^{er} juillet 2023.

L'**article 26** procède à une évaluation de la réforme de la tarification des EHPAD de 2015 qui a contribué à faire converger les tarifs publics et privés. Elle vise à mesurer l'impact de la réforme sur l'offre publique et privée de soins, la qualité des prises en charge, et les conditions de travail des personnels des établissements.

L'**article 27** permet une révision tous les six mois du niveau de perte d'autonomie des résident.e.s, et une évaluation de leurs besoins en soins.

L'instauration d'une véritable démocratie sanitaire

Alors que les agences régionales de santé (ARS) décident aujourd'hui unilatéralement des fermetures d'établissements de santé selon une logique purement comptable, il est urgent d'instaurer une véritable démocratie sanitaire. Nous pensons que nous devons partir des bassins de vie pour mettre en place des lieux de concertation comprenant *a minima*, élu.e.s, citoyen.ne.s, professionnels de santé, syndicalistes, pour travailler à la formulation des besoins en création de structures publiques sanitaires et médico-sociales de ville, travailler à un projet médical partagé, choisi et volontaire (centres de santé, soins de suite, soins à domicile...). L'objectif est d'aller vers un véritable service public de santé ambulatoire de proximité, organisé dans un maillage territorial de centres de santé.

Une vraie démocratie en santé nécessite de redonner toute leur place et la parole aux professionnel.le.s hospitaliers, aux représentant.e.s des salarié.e.s et des citoyen.ne.s usagers, aux élu.e.s pour redéfinir ensemble les bonnes pratiques, la finalité et les moyens de la continuité des soins, les coopérations et coordinations pleinement choisies et assumées. Permettre aux personnels médical et paramédical d'intervenir dans l'organisation du travail et supprimer l'organisation en pôles hiérarchiques pour laisser la place au travail d'équipe. Cette réorganisation doit s'accompagner de droits nouveaux d'expression pour les personnels hospitaliers. De même, les conférences régionales de santé sont des simples chambres d'enregistrement des décisions des ARS. Aussi, nous proposons de leur confier un contre-pouvoir en leur permettant de rendre des avis conformes sur les projets régionaux de santé.

Dans ce cadre, le **titre V** de ce texte prévoit trois mesures d'urgence.

L'**article 28** supprime les pouvoirs de sanction financière des ARS à l'encontre des établissements hospitaliers en matière de qualité et d'efficacité des soins.

L'**article 29** renforce l'autonomie des conférences régionales de santé vis-à-vis des ARS en les dotant d'un budget global géré de manière autonome et en remplaçant les avis consultatifs rendus sur les projets régionaux de santé par des avis conformes.

L'**article 30** renforce les droits d'expression des personnels hospitaliers et de leurs représentant.e.s en augmentant leur présence numérique au sein des instances hospitalières que sont le conseil de surveillance et le directoire.

L'organisation d'une politique publique du médicament et des dispositifs médicaux

La multiplication des scandales sanitaires et des pénuries de médicaments rendent urgente l'instauration d'une politique publique ambitieuse en matière de médicaments et de dispositifs médicaux. En 2019, ce sont plus de 1 200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur qui seront concernés par des tensions ou une rupture d'approvisionnement, contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans plus tôt.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation : la délocalisation des sites de production de médicaments vers les pays d'Asie, les comportements des grossistes-répartiteurs qui préfèrent vendre leurs stocks de médicaments aux pays plus offrants, ainsi que des tensions d'approvisionnement volontairement créées par les laboratoires pour faire augmenter les prix.

Il convient de sortir de cette logique de marchandisation des soins de santé et des médicaments dominés par le consumérisme des produits pharmaceutiques. Les autorités publiques ont la responsabilité de garantir l'accessibilité universelle aux soins de santé et aux médicaments. Cela implique d'engager des mesures fortes de régulation sous l'égide de la puissance publique et de dégager des moyens nouveaux au profit de la recherche.

Les pouvoirs publics doivent disposer des moyens industriels pour garantir que les médicaments essentiels soient disponibles, économiquement abordables, de bonne qualité et bien utilisés.

L'organisation de la recherche et du développement doit se soumettre à l'intérêt général sous maîtrise citoyenne. Les coopérations internationales doivent être encouragées et les financements publics fournis à la hauteur nécessaire. La législation internationale en matière de propriété intellectuelle et industrielle appliquée aux médicaments, doit être révisée sur la base de la primauté de la santé publique.

La politique publique du médicament impose de créer un « Conseil national du médicament » où démocratiquement, s'élaboreraient la formulation des besoins de santé en priorité de besoins en médicaments pour les différents protagonistes de la chaîne du médicament et les orientations et décisions en toute transparence ainsi que le contrôle de leur mise en œuvre et les arbitrages.

Le **titre VI** de la proposition de loi vise donc à travers plusieurs mesures à organiser une politique publique des médicaments et des dispositifs médicaux dont l'objectif pourrait se résumer ainsi : priorité à la santé publique.

Le **chapitre I^{er}** renforce plusieurs dispositifs pour contrôler les prix des médicaments et crée les conditions pour la mise en place d'un véritable service public du médicament.

L'**article 31** crée une nouvelle obligation de transparence à la charge des entreprises pharmaceutiques afin qu'elles publient annuellement les aides publiques qu'elles perçoivent.

L'**article 32** crée une obligation de révision annuelle des prix des médicaments par le Comité économique des produits de santé.

L'**article 33** oblige à prendre en compte les efforts réels de recherche et développement des industriels dans le processus de fixation des médicaments.

L'**article 34** crée un programme public de production et distribution de médicaments essentiels concernés par des ruptures d'approvisionnement et des arrêts de commercialisation dont la gestion serait confiée à la pharmacie centrale des armées et à l'agence générale des équipements et produits de santé.

L'**article 35** crée à compter du 1^{er} janvier 2022 un pôle public du médicament, des dispositifs médicaux et de la recherche pour contribuer à la mise en œuvre d'une politique publique du médicament au service des

besoins en santé de la population. Cet établissement public aura pour missions de contribuer à la recherche médicale et pharmaceutique au service des patientes et des patients et des établissements de santé, d'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des médicaments, et d'assurer une information publique transparente sur les médicaments, les dispositifs médicaux et leurs effets. Il aura également pour mission d'assurer la continuité d'approvisionnement des médicaments essentiels en mobilisant, le cas échéant, des moyens publics pour les produire et les distribuer sur le territoire national.

Le **chapitre II** renforce le contrôle sanitaire des dispositifs médicaux qui reste aujourd'hui très déficient comme l'a montré le récent scandale des *implants files*.

L'**article 36** élargit la liste des incidents devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire sans délai à l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) sur les dysfonctionnements des dispositifs médicaux.

L'**article 37** crée un observatoire citoyen des dispositifs médicaux qui a pour mission de garantir la transparence des données issues de la surveillance des incidents pouvant survenir lors de l'utilisation d'un dispositif médical.

La reconstruction d'une psychiatrie humaine

Alors que le ministre de la santé a annoncé une augmentation de l'enveloppe dédiée aux hôpitaux psychiatriques, le budget du secteur n'a cessé d'être rogné depuis des années, entraînant une dégradation de la continuité des soins et de la cohésion des équipes. S'il existe une carence globale de moyens financiers et humains pour le secteur psychiatrique, le manque de structures médico-sociales est particulièrement criant en pédopsychiatrie. Il en résulte des prises en charge retardées et des durées d'attente variables selon les territoires.

Contrairement à la tendance actuelle qui voudrait que la psychiatrie soit exclusivement cantonnée au domaine médical, cette discipline devrait davantage mobiliser les travaux issus des sciences cognitives, mais également des sciences humaines, de la philosophie et de la psychanalyse, pour développer le soin relationnel.

Nous récusons toute politique d'homogénéisation des pratiques, qui détruit la cohérence des équipes, instrumentalise la parole des patients, et fige la capacité d'inventer à force d'injonctions paradoxales. Il s'agit pour nous de refonder et de construire une discipline qui associe soin et respect des libertés individuelles et collectives.

Il est également temps d'en finir avec l'augmentation continue du recours à l'isolement et à la contention. La contrainte doit cesser d'être la norme. Le droit des patient.e.s, hospitalisé.e.s ou non, est régulièrement ignoré, parfois volontairement bafoué. La psychiatrie et le secteur médico-social doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes stables avec des personnels non interchangeables quel que soit leur statut. Ils doivent pouvoir bénéficier d'une assise solide qui autorise la parole et propose de véritables évolutions de carrière.

Le **titre VII** de ce texte ambitionne donc de reconstruire une psychiatrie humaine au service des patient.e. s.

Afin de jeter les bases d'un tel projet, l'**article 38** redéfinit la psychiatrie comme une discipline médicale à part entière au même titre que la médecine-chirurgie-obstétrique. Elle a pour mission de lutter contre les maladies mentales en tenant compte de la triple dimension bio-psycho-sociale propre à chaque individu. Cet article prévoit également que le secteur psychiatrique soit la référence du dispositif public de lutte contre les maladies mentales. À ce titre, il garantit une cohérence du parcours de soins et une proximité des soins en s'appuyant sur un maillage territorial d'établissements de santé dont le cadre d'intervention est le bassin de vie.

L'**article 39** conditionne les projets de regroupements des centres médico-psychologiques et des centres médico-psycho-pédagogiques à l'accord préalable des équipes professionnelles et des représentants des usagers.

L'**article 40** prévoit des mesures de formation destinées aux soignantes et soignants pour lutter contre toute pratique coercitive en établissements de soins psychiatriques.

L'**article 41** demande au gouvernement un rapport sur l'impact du fichage des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

L'**article 42** prévoit les dispositions spécifiques aux Outre-mer.

Enfin, l'**article 43** concerne le gage financier des mesures proposées.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I^{ER}

FINANCER LA SANTÉ ET L'HÔPITAL PUBLIC

Article 1^{er}

- ① I. – L'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Après les mots : « du II de l'article L. 241-13 », sont insérés les mots : « dans sa rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la loi n° du portant mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux » ;
- ④ b) Il est complété par les mots : « dans sa rédaction applicable à la même date » ;
- ⑤ 2° Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « Pour les rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2020, le taux des cotisations d'assurance maladie mentionné au premier alinéa est réduit de 4 points.
- ⑦ « Pour les rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2021, le même taux est réduit de 2 points. »
- ⑧ II. – À compter du 1^{er} janvier 2022, l'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 2

- ① I. – La première phrase du troisième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , sans pouvoir excéder 20 % à compter du 1^{er} janvier 2020 et 10 % à compter du 1^{er} janvier 2021 ».

- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° L'article L. 241-13 est abrogé ;
- ④ 2° Au II de l'article L. 243-6-1, les mots : « des dispositions relatives à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13, » sont supprimés ;
- ⑤ 3° Au II de l'article L. 243-6-2, à la seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3, au quatrième alinéa de l'article L. 243-6-7, les mots : « sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, » sont supprimés ;
- ⑥ 4° À l'article L. 711-13, les mots : « des articles L. 241-13 et » sont remplacés par les mots : « de l'article ».
- ⑦ III. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 2242-7 du code du travail, les mots : « des exonérations de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale au titre des rémunérations versées chaque année où le manquement est constaté, sur une période ne pouvant excéder trois années consécutives à compter de l'année précédant le contrôle » sont remplacés par les mots : « du chiffre d'affaire annuel ».
- ⑧ IV. – Aux articles L. 741-4 et L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « L. 241-13, » est supprimée.
- ⑨ V. – L'article 8-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est abrogé.
- ⑩ VI. – L'article 4 de la loi n° 96-1143 du 26 décembre 1996 relative à la zone franche de Corse est abrogé.
- ⑪ VII. – Au cinquième alinéa du VI de l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, les mots : « à l'article L. 241-13 et » sont supprimés.
- ⑫ VIII. – L'article 10 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi est abrogé.
- ⑬ IX. – Les dispositions des II à VIII du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 3

- ① Après la section 3 du chapitre 2 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 4 ainsi rédigée :

② *«Section 4*

③ *« Cotisations assises sur les revenus financiers*

- ④ *« Art. L. 242-11-1. – Les revenus financiers des sociétés tenues à l'immatriculation au registre du commerce et des sociétés conformément à l'article L. 123-1 du code de commerce, entendus comme la somme des dividendes bruts et assimilés et des intérêts bruts perçus, sont assujettis à une contribution dont le taux est égal à la somme des taux des cotisations sociales patronales assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. »*

Article 4

- ① I. – À la quatrième phrase du premier alinéa du 1 de l'article 231 du code général des impôts, après le mot : « communaux, » sont insérés les mots : « des établissements publics de santé et des établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ».
- ② II. – Le I s'applique à la taxe sur les salaires due à raison des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 5

- ① Après l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-7-1 ainsi rédigé :
- ② *« Art. L. 131-7-1. – Lorsque les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables, toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter du 1^{er} janvier 2020, est compensée par la diminution à due concurrence d'une ou plusieurs réductions ou exonérations de cotisations de sécurité sociale existantes. »*

Article 6

- ① Après l'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 758-1-1 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 758-1-1.* – Par dérogation au 3° du I de l'article L. 162-22-10 et au 3° du I de l'article L. 162-23-4, les coefficients géographiques prévus par le présent code applicables en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, en Martinique, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin fixés chaque année tiennent compte de tous les facteurs modifiant les coûts des établissements. »

TITRE II

RENFORCER LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Article 7

- ① Après l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6112-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6112-3-1.* – Sauf mise en place d'une offre de santé au moins équivalente, pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables, aucun établissement public de santé ne peut être fermé ou se voir retirer son autorisation, ni donner lieu à une décision en application de l'article L. 6141-7-1 susceptible de réduire l'offre de santé sur le territoire concerné, sans l'avis favorable du conseil de surveillance de l'établissement et du conseil territorial de santé.
- ③ « La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont également consultés. Leur avis est joint à ceux prononcés par le conseil de surveillance de l'établissement et le conseil territorial de santé et adressé au directeur général de l'agence régionale de santé qui en tire toutes les conséquences utiles.
- ④ « Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux établissements publics de santé qui présentent un risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels, de ses usagers ou des personnes présentes à d'autres titres dans l'établissement. »

Article 8

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le virage ambulatoire et ses impacts sur l'offre publique de soins, la qualité des soins et les conditions de travail des personnels hospitaliers.

Article 9

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'impact de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire au regard de l'offre publique de soins, des conditions de travail des personnels hospitaliers et de la qualité des soins.

Article 10

- ① Le III de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de l'article 35 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Les mots : « , le cas échéant, » et : « , et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique » sont supprimés ;
- ④ b) Il est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Ils exercent également de façon obligatoire des activités de médecine d'urgence, de chirurgie et d'obstétrique. À ce titre, ils disposent d'un service d'urgences ouvert en permanence, d'une unité d'obstétrique, d'un service de chirurgie, et de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur. » ;
- ⑤ 2° Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Article 11

- ① L'article L. 6112-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Afin de garantir l'égal accès aux soins sur le territoire, il est institué un seuil minimal de présence hospitalière dans chaque bassin de vie, dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'État. L'instauration de ce seuil permet d'assurer l'accès au service public hospitalier en moins de trente minutes par le biais des transports motorisés et ne peut avoir pour effet de réduire le nombre d'établissements publics de santé. »

TITRE III

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

CHAPITRE I^{ER}

Améliorer l'accès financier au soins

Article 12

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Les II et III de l'article L. 160-13 sont supprimés ;
- ③ 2° Au 1° de l'article L. 16-10-1, les mots : « , la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de » sont remplacés par les mots : « mentionnée à » ;
- ④ 3° Le 2° de l'article L. 161-36-4 est supprimé ;
- ⑤ 4° À la première phrase du I de l'article L. 325-1, les mots : « à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article » sont supprimés ;
- ⑥ 5° Le second alinéa de l'article L. 432-1 est supprimé ;
- ⑦ 6° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles » sont supprimés.

Article 13

Au 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « 30 % du tarif opposable ».

Article 14

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 160-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ③ « Les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant intégral aux bénéficiaires de l'assurance maladie. » ;
- ④ 2° À l'article L. 161-36-2, le mot : « obligatoire » est supprimé ;
- ⑤ 3° La seconde phrase de l'article L. 162-1-21 et la seconde phrase de l'article L. 162-1-22 sont supprimées.
- ⑥ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 15

- ① L'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le VIII, sont insérés des VIII *bis*, VIII *ter* et VIII *quater* ainsi rédigés :
- ③ « VIII *bis*. – Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, des spécialités pharmaceutiques nécessaires aux vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 3111-2 du même code.
- ④ « VIII *ter*. – La contribution additionnelle prévue au VIII *bis* du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques nécessaires aux vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 3111-2 du code de la santé publique.
- ⑤ « VIII *quater*. – Le taux de la contribution prévue au VIII *bis* du présent article est fixé à 0,17 %. »
- ⑥ 2° Aux IX et X, les mots : « et VI » sont remplacés par les mots : « , VI et VIII *bis* ».

CHAPITRE II

Réguler l'installation des médecins

Article 16

- ① Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 4131-6-1.* – Dans les zones mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

Article 17

À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique, les mots : « indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence » sont remplacés par les mots : « s'assurer de la continuité des soins y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés dans le territoire ».

Article 18

- ① Après l'article L. 1435-4-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. 1435-4-3-1.* – Les aides destinées à l'installation du praticien territorial de médecine ambulatoire définies à l'article précédent peuvent, le cas échéant, être perçues par la collectivité territoriale d'installation qui le rémunère.
- ③ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article. »

Article 19

Le *i* du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

CHAPITRE III

Améliorer l'accès aux interruptions volontaires de grossesse

Article 20

- ① I. – L'article L. 4151-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ② « À titre expérimental, pendant une durée de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° du portant mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux, les sages-femmes sont autorisées à réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale. Dans un délai de trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation. »

Article 21

- ① L'article L. 2212-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;
- ③ 2° Le quatrième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :
« L'intéressée doit être informée sans délai dudit refus. L'établissement privé doit lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. »

Article 22

À l'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre II de la deuxième partie et à la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, le mot : « douzième » est remplacé par le mot : « quatorzième ».

TITRE IV

RENFORCER LES EHPAD ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Article 23

- ① Le 1° *bis* de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
- ② « 1° *bis* Une contribution de solidarité des actionnaires d'un taux de 2 % sur l'ensemble des dividendes des entreprises ; ».

Article 24

- ① Le 3° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ② « Les tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement sont réglementés et font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans des conditions déterminées par décret. »

Article 25

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le I de l'article L. 313-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces établissements sont tenus de respecter un ratio d'encadrement des résidents par le personnel soignant qui ne peut être inférieur à six professionnels pour dix résidents. » ;
- ③ 2° Le 1° du I de l'article L. 314-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12, ce forfait est déterminé de façon à leur permettre de respecter le ratio d'encadrement prévu par ce même I. ».
- ④ II. – Le I du présent article entre en vigueur le premier jour du douzième mois suivant celui de la promulgation de la présente loi.
- ⑤ III. – À compter du 1^{er} juillet 2023, à la seconde phrase du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant du I du présent article, les mots : « six professionnels pour dix résidents » sont remplacés par les mots : « un professionnel pour un résident ».

Article 26

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'impact de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées, opérée par les articles 57 et 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, sur l'offre publique et privée de soins, sur la qualité des prises en charge et sur les conditions de travail des personnels de ces établissements.

Article 27

- ① Le troisième alinéa de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
- ② « Il est procédé au moins tous les six mois à une nouvelle évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents. »

TITRE V

INSTAURER UNE VÉRITABLE DÉMOCRATIE SANITAIRE

Article 28

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié ;
- ② 1° L'article L. 162-30-4 est abrogé ;
- ③ 2° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-30-2 est ainsi modifié :
- ④ a) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑤ b) À la troisième phrase, les mots : « ces sanctions » sont remplacés par les mots : « cette sanction » ;
- ⑥ 3° La seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-17 est supprimée.

Article 29

- ① L'article L. 1432-4 du code la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « consultatif » est supprimé ;
- ③ 2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
- ④ « Pour l'exercice de ses fonctions, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie bénéficie d'un budget global qu'elle gère de manière autonome. » ;
- ⑤ 3° À la deuxième phrase du troisième alinéa, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ».

Article 30

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au 2° de l'article L. 6143-5, le chiffre : « cinq » est remplacé par le chiffre : « dix » ;
- ③ 2° L'article L. 6143-7-5 est ainsi modifié :
- ④ a) Au deuxième alinéa, les mots : « sept membres et neuf », sont remplacés par les mots : « quatorze membres et dix-huit » ;
- ⑤ b) Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « – entre sept et neuf représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité social d'établissement ».

TITRE VI

ORGANISER UNE POLITIQUE PUBLIQUE DU MEDICAMENT ET DES DIPOSTIFS MEDICAUX

CHAPITRE I^{ER}

Contrôler les prix des médicaments et mettre en place un service public du médicament

Article 31

À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « médicament », sont insérés les mots : « des investissements publics en recherche et développement biomédicale, ».

Article 32

- ① L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

- ③ «II *bis*. – Le prix de vente doit être révisé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé :
- ④ « 1° En cas d'extension d'indication thérapeutique ayant un effet sur le nombre de patients ou le volume des ventes ;
- ⑤ «2° Au plus tard au bout de trois ans. Toutefois, le décret prévu au III peut porter ce délai jusqu'à cinq ans pour les médicaments répondant à des conditions spécifiques fixées au regard des critères mentionnés la seconde phrase du premier alinéa du I. » ;
- ⑥ 2° Le III est complété par les mots : « et le nombre de patients ou volume des ventes donnant lieu à une révision de prix ».

Article 33

- ① Après l'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-19-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 162-19-2.* – Chaque année, les entreprises pharmaceutiques dont le chiffre d'affaires est supérieur à 50 millions d'euros rendent public les montants perçus au titre des aides publiques relatives à la recherche et développement biomédical.
- ③ « Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 34

- ① Après l'article L. 5121-33 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-33-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 5121-33-1.* – Un programme public de production et de distribution des médicaments essentiels concernés par des arrêts de commercialisation ou des tensions d'approvisionnement est élaboré chaque année sous la responsabilité du ministre en charge de la santé. Sur la base d'une stratégie annuelle élaborée de manière concertée, ce programme prévoit un plan d'actions pour garantir la fabrication et l'approvisionnement sur le territoire national de médicaments essentiels concernés par un arrêt de commercialisation ou pour lesquels une rupture ou un risque de rupture de stock est mis en évidence ou a été déclaré à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

- ③ « La mise en œuvre de ce programme public fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics. »

Article 35

- ① Avant le titre I^{er} du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré un titre préliminaire ainsi rédigé :

② « *TITRE PRÉLIMINAIRE*

③ « *PÔLE PUBLIC DU MÉDICAMENT, DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DE LA RECHERCHE*

- ④ « *Art. L. 5111-1-A. – I. – À compter du 1^{er} janvier 2022, il est institué un établissement public de l'État, dénommé Pôle public du médicament et des dispositifs médicaux et de la recherche, contribuant à la mise en œuvre d'une politique publique du médicament et des dispositifs médicaux au service des besoins en santé de la population. Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et concourt à la politique de santé publique. Cet établissement coordonne les établissements de l'État qui agissent dans le périmètre de ses missions et prérogatives.*

- ⑤ « Le Pôle public du médicament, des dispositifs médicaux et de la recherche a pour missions :

⑥ « 1° De contribuer à la recherche médicale et pharmaceutique au service des patients et des établissements de santé ;

⑦ « 2° D'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme ;

⑧ « 3° D'assurer une information publique transparente sur les médicaments, les dispositifs médicaux et leurs effets ;

⑨ « 4° D'assurer la continuité de la production de médicaments essentiels pour lesquels il existe des tensions d'approvisionnement ;

⑩ « 5° Le cas échéant, d'approvisionner, de stocker et de distribuer des médicaments sur le territoire national.

⑪ « II. – Les ressources du Pôle public du médicament, des dispositifs médicaux et de la recherche sont constituées de concours financiers de l'État et de la Sécurité sociale.

- ⑫ « III. – Le Pôle public du médicament, de dispositifs médicaux et de la recherche est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général.
- ⑬ « Le conseil d'administration comprend, outre son président, vingt membres répartis en cinq collèges :
- ⑭ « – un collège des partenaires sociaux ;
- ⑮ « – un collège des professionnels de santé ;
- ⑯ « – un collège des usagers ;
- ⑰ « – un collège des représentants de l'Assurance maladie ;
- ⑱ « – un collège des élus.
- ⑲ « Le conseil d'administration délibère sur les orientations stratégiques pluriannuelles, le bilan d'activité annuel, le programme d'investissement, le budget et les comptes, les subventions éventuellement attribuées par le Pôle public, l'acceptation et le refus de dons et legs.
- ⑳ « Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de l'administration et de la direction de l'établissement public. Ce décret détermine, également, les compétences et la composition du conseil d'administration »

CHAPITRE II

Renforcer le contrôle sanitaire des dispositifs médicaux

Article 36

- ① Le premier alinéa de l'article L. 5212-2 du code de la santé publique est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :
- ② « Le fabricant, les utilisateurs d'un dispositif et les tiers doivent signaler sans délai à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé :
- ③ « 1° Tout incident ou risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers ;
- ④ « 2° Toute réaction nocive et non voulue se produisant lors de l'utilisation d'un dispositif médical conformément à sa destination ;

- ⑤ «3° Toute consultation avec examens complémentaires hors suivi médical classique ;
- ⑥ «4° Tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical ;
- ⑦ «5° Toute réaction nocive et non voulue résultant d'une utilisation d'un dispositif médical ne respectant pas les instructions du fabricant ;
- ⑧ «6° Toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance d'un dispositif médical, susceptible d'entraîner des erreurs lors de son utilisation. »

Article 37

- ① Le titre II du livre III de la cinquième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre ainsi rédigé :

- ② « *CHAPITRE V*

- ③ « *Observatoire citoyen des dispositifs médicaux*

- ④ « *Art. L. 5325-1.* – Il est institué au sein de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé un observatoire citoyen des dispositifs médicaux. Cet observatoire a pour mission de garantir la transparence des données issues de la matériovigilance définie au chapitre II du titre I^{er} du présent livre.
- ⑤ « Il est composé de personnalités extérieures à l'agence, désignées dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. Ces personnalités exercent leurs fonctions au sein de l'observatoire à titre gratuit. »

TITRE VII

RECONSTRUIRE UNE PSYCHIATRIE HUMAINE

Article 38

- ① Après l'article L. 3221-1 du code de la santé publique, sont insérés deux articles L. 3221-1-1 et L. 3221-1-2 ainsi rédigés :

- ② « *Art. L. 3221-1-1.* – La psychiatrie est une discipline médicale à part entière au même titre que la médecine-chirurgie-obstétrique. Elle a pour mission de lutter contre les maladies mentales en tenant compte de la triple dimension bio-psycho-sociale propre à chaque individu.
- ③ « *Art. L. 3221-1-2.* – Le secteur psychiatrique est la référence du dispositif public de lutte contre les maladies mentales. Il garantit une cohérence du parcours de soins et une proximité des soins. Il s’appuie sur un maillage territorial d’établissements de santé et est organisé autour d’une zone géo-démographique regroupant une population d’environ 75 000 habitants. »

Article 39

Les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques ne peuvent pas faire l’objet d’une procédure de regroupement ou de fusion, sans avoir obtenu au préalable l’avis favorable des équipes professionnelles et des représentants des usagers.

Article 40

Le premier alinéa de l’article L. 3222-5-1 du code de la santé est complété par une phrase ainsi rédigée : « Des formations à l’apaisement des patients visant à développer les capacités des soignants à contenir psychiquement l’angoisse des patients sont organisées, annuellement, dans chaque établissement, pour limiter le recours à ces pratiques d’admission en chambre d’isolement et de contention ».

Article 41

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport, au plus tard, le 1^{er} septembre 2020, évaluant l’impact du fichage des personnes en soins psychiatrique, sans consentement.

TITRE VIII

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 42

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 2422-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au I, les mots : « troisième et quatrième » sont remplacés par les mots : « premier et deuxième » ;
- ④ b) Au II, les mots : « , le premier et le deuxième alinéas de l'article L. 2212-8 » sont supprimés ;
- ⑤ 2° L'article L. 2432-1 est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la première phrase, les mots : « , L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) » sont remplacés par les mots : « et L. 2212-7 » ;
- ⑦ b) La seconde phrase est supprimée ;
- ⑧ 3° L'article L. 2445-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au 2°, les mots : « les trois premiers alinéas de l'article L. 2212-8, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé » sont remplacés par les mots : « le premier alinéa de l'article L. 2212-8, dans leur rédaction résultant de la loi n° du portant mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux » ;
- ⑩ b) Au 4°, les mots : « n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « n° du » ;
- ⑪ 4° À l'article L. 4421-1, les mots : « n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » sont remplacés par les mots : « n° du portant mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux ».

Article 43

- ① I. – Les charges qui pourraient résulter pour l'État de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création d'une

taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

- ② II. – Les charges résultant pour les collectivités territoriales de l'application de la présente loi sont compensées par la majoration, à due concurrence, de la dotation globale de fonctionnement et corrélativement pour l'État par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③ III. – Les pertes de recettes et les charges qui pourraient résulter pour les organismes de sécurité sociale de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.