

PROPOSITION DE LOI DE PROGRAMMATION EN SANTE

Jean-Carles GRELIER
Député de la Sarthe

Exposé des motifs :

En 2019, la santé des Français représentait : « 7% du PIB, 390 milliards d'euros de chiffre d'affaires et 2,5 millions d'emplois en équivalent temps plein, soit le troisième secteur de l'économie après l'industrie et le commerce.¹ »

C'est dire si elle est, pour notre pays, une ressource stratégique. C'est pourquoi, il est plus urgent que jamais que la santé des Français soit pilotée dans la durée. Une durée qui doit être celle de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de la recherche, de l'innovation, de la création et de l'anticipation. La France doit apprendre à inscrire sa réflexion en santé dans un cadre pluriannuel, polyvalent, interdisciplinaire et global.

Si nous voulons passer de la maladie et du soin à la santé, il n'est pas possible de continuer à déployer sans objectifs clairs, sans cohérence et sans évaluation, des actions le plus souvent dictées par l'urgence et synthétisées dans un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM, qui réduit les débats sur la santé des Français à leur seule dimension budgétaire.

Pour passer de la gestion de la dépense à la mise en œuvre de l'intérêt public en santé, il faut avoir une vision stratégique claire, soutenue par un portage politique fort, qui se traduise en organisations et en moyens.

C'est ce profond changement de paradigme pour notre système de santé que porte la présente proposition de Loi de Programmation en Santé (LPS).

Il n'est pas possible de considérer que notre système de santé n'aurait été affecté par aucun changement depuis 1945. Qu'on en juge :

- L'allongement de l'espérance de vie est passée de 65,5 ans pour les hommes et 72,2 ans pour les femmes en 1957 à respectivement 79,3 ans et 85,2 ans en 2022, avec un vieillissement corrélatif de l'ensemble de la population,

- De véritables révolutions thérapeutiques se sont produites avec l'arrivée de l'imagerie, de la génétique, de la génomique, de l'immunothérapie, des thérapies ciblées..., et tant de bouleversements technologiques : qu'il s'agisse du passage de médicaments chimiques, produits à des milliards d'unités et donc finalement peu coûteux, à des traitements d'immunothérapie, de thérapies ciblées, de Car-T-cells, pour quelques centaines de malades mais plusieurs milliers d'euros. A titre d'exemples : le traitement contre l'hépatite C s'élève à 150 000 € par patient, celui contre le lymphome à 330 000 € par patient, quand il faut déboursier quelques euros seulement pour acheter du paracétamol.

Et nous ne sommes qu'au début de ces révolutions thérapeutiques qui ont certes un coût mais aussi une efficacité thérapeutique durable voire définitive.

¹ Cabinet Astères – Le Care : une contribution majeure à l'économie française – mai 2022

Quand, en 1946, le docteur Nérac du roman d'André Soubiran « *Des hommes en blanc* » était à lui seul généraliste, pédiatre, accoucheur, psychiatre, gériatre..., il y a aujourd'hui trente spécialités médicales et treize chirurgicales et pas moins de trente Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES). Pour ne considérer que la médecine, elle se divise en huit spécialités : aigüe, du travail, générale, interne, nucléaire, palliative, physique et préventive.

Il n'est pas envisageable d'ignorer les progrès induits par ces spécialisations. Mais, il faut revenir à une réponse en santé globale et polyvalente, afin de prendre en charge le passage, pour de nombreux patients, de la maladie aigüe, concernant un organe ou un tissu, à des polyopathologies souvent chroniques. Le faible nombre de praticiens, pour aujourd'hui et pour demain, ne permet plus d'en diviser le nombre en des spécialités toujours plus nombreuses.

Ce retour à la prise en charge globale de la personne passe aussi par la prise en considération de son environnement au sens large (logement, eau, air, conditions de travail...), quand 80% des maladies infectieuses de l'homme sont d'origine animale ; que le lien entre exposition à la pollution atmosphérique et schizophrénie est médicalement démontré ; que les personnes souffrant d'Affection de Longue Durée (ALD) représentent un tiers des malades et deux tiers de la dépense d'assurance maladie ; qu'un français sur trois aura, au cours de sa vie, à subir un trouble psychiatrique ou un cancer ; que le nombre de diabétiques soignés augmente de 3 à 4% par an depuis vingt ans pour concerner 5,3% de la population en 2019, soit 3,5 millions de personnes, dont plus d'un million qui s'ignorent. Et tout cela sans même parler de la part des Français atteints d'obésité qui était déjà de 5,3% en 1981 et a plus que triplé en 40 ans pour atteindre 17% en 2023.

En 80 ans, nous le savons, tout a changé dans le domaine de la santé : la démographie, les maladies, les conditions d'exercice, les attentes des professionnels de santé, les connaissances, les méthodes de recherche, l'environnement, les droits des patients, la situation des aidants, la demande d'une réponse de proximité, etc... Et nous ne sommes qu'au début des bouleversements qu'apporteront la génomique, l'immuno-psychiatrie sans même évoquer l'Intelligence Artificielle et la e-santé.

Dans ces conditions, chacun comprendra que, pour préserver notre système de santé, il faille l'adapter en profondeur et pas seulement de manière cosmétique. Comment imaginer qu'il puisse encore répondre aux exigences posées par des réformes successives en 1958, 1967, 2009, 2016 et même 2019 ? Ne rien changer signerait la fin de ce qui est à la fois un droit individuel, auquel les Français montrent à longueur d'études leur attachement et une ressource collective stratégique.

Sans un changement aussi profond qu'urgent dans sa gestion, notre Assurance maladie disparaîtra, dissolvant avec elle ses principes les plus précieux : l'universalité, la solidarité et l'équité qui sont, depuis 1945, sa marque et son identité.

Pour réussir ce changement radical, il faut avant tout porter haut une vision stratégique et politique pour notre système de santé. Ensuite, il faut en tirer les conséquences en termes d'organisation et de moyens.

C'est cet ordre des facteurs que prévoit la présente proposition de loi.

Comme c'est le cas pour nos Armées ou pour la Sécurité intérieure, la vision politique et les objectifs stratégiques à cinq ans sont soumis au Parlement, qui décide d'y affecter les ressources

nécessaires et à qui le Gouvernement rend compte chaque année, en proposant d'éventuels ajustements.

La Loi de Programmation en Santé répond aux défis que nous devons collectivement relever pour, en en gardant l'esprit, adapter aux réalités sociales, démographiques, médicales, scientifiques mais aussi économiques un système qui, depuis 1945, est un des éléments clés de notre Pacte républicain et de notre concorde sociale et politique.

Pour remplir cet objectif, tel qu'il figure dans la charte constitutive de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui définit le droit à la santé comme : « *l'accès en temps utile à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable* », la Loi de Programmation en Santé organise plusieurs changements radicaux :

I. En mettant la santé dans le champ du régalién en tant qu'élément constitutif de la puissance et de la souveraineté nationales.

Pour ce faire, un Conseil stratégique en santé présidé par le Président de la République est créé. Il se réunira deux fois par an pour évaluer les actions conduites et donner aux mesures projetées les impulsions nécessaires. En cas de crise sanitaire, c'est ce Conseil qui assurera la coordination entre les services de l'Etat et, en tant que de besoin, avec les instances sanitaires européennes et internationales.

Sans remettre d'aucune façon en cause la gestion paritaire de la branche maladie de la Sécurité sociale, la présente proposition de Loi prévoit le retour du pouvoir de négociation des conventions avec les professionnels de santé dans le champ des compétences du ministre chargé de la santé, avec l'appui technique de l'Assurance maladie.

Pour redonner à l'exécutif les moyens d'agir, les multiples démembrements du ministère de la santé : agences, hautes autorités, conseils, comités, etc..., seront tous revus dans leurs missions, leurs moyens et leurs résultats pour aboutir, à échéance de cinq ans, à une organisation lisible, sans doublons, avec des responsabilités claires et donc une puissance d'action publique à la hauteur des besoins et, c'est une évidence nécessaire, une efficacité accrue.

II. En rendant au pouvoir législatif le rôle qui est le sien dans la définition des orientations stratégiques, l'affectation des moyens et l'évaluation de l'action gouvernementale

Une loi organique viendra compléter la présente Loi de Programmation en Santé pour rendre obligatoire, chaque printemps, devant le Parlement, un débat « *d'orientations stratégiques et budgétaires en santé* ».

Ce débat aura pour objectif de préparer le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il sera précédé d'un avis du Conseil Economique, Social et Environnemental ainsi que d'un rapport de la Cour des comptes. Il aura pour objet de mettre en débat les grandes orientations et la stratégie en santé du Gouvernement et de procéder à l'évaluation annuelle de la mise en œuvre de la Loi de Programmation en Santé.

Ce débat sera, enfin, l'occasion de cristalliser les accords majoritaires possibles sur les mesures proposées. Il contribuera ainsi à faire de la santé un sujet proprement régalién, au cœur des débats politiques et donc des préoccupations des Français, en passant d'une gestion comptable annuelle de l'Assurance maladie à une stratégie globale, polyvalente et pluriannuelle, qui traduit

et met en œuvre des objectifs de santé, de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique.

Conformément à ce choix politique, c'est au Ministre chargé de la santé que reviendra désormais la responsabilité de négocier et de signer avec les organisations représentatives de chaque catégorie de professionnels des établissements de santé publics et privés ou exerçant en libéral, la ou les conventions organisant leurs rapports avec l'Assurance maladie.

- III. En créant avec les acteurs institutionnels, politiques et professionnels locaux, les conditions d'une co-construction de cette politique publique de santé allant de l'évaluation fine des besoins à la mise en œuvre adaptée aux réalités de terrain et intégrant pleinement la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique et non plus seulement le soin.

Il est possible de penser globalement et d'agir localement. Cela s'appelle la subsidiarité inversée où chaque échelon supérieur n'est autorisé à faire que ce que l'échelon inférieur ne peut réaliser lui-même et bénéficie, pour cela, d'une liberté fondée sur la confiance a priori. L'objectif est de parvenir à un système construit à partir de la demande en santé des Français et non plus de l'offre de soins faite par l'Etat ; système qui a très largement montré ses limites.

Concrètement, ce sera la fin du déferlement sur les acteurs de santé des territoires des instructions, notes et circulaires du ministère de la santé ou des Agences régionales de santé.

Cette méthode, qui administre mais ne gère pas, fait depuis longtemps la démonstration de son incapacité à répondre à l'attente des Français.

- IV. Enfin, et parce que les moyens financiers doivent, comme leur nom l'indique, être des moyens et non une fin en soi, en revoyant profondément le modèle de financement de cette politique publique de santé.

A chacune des six priorités stratégiques fixées par la présente proposition de loi, correspondra une enveloppe financière dédiée regroupant les crédits inscrits au budget de l'Etat et les recettes de l'Assurance maladie, dont la somme sera le budget annuel consacré par la Nation à la santé de sa population, selon les priorités fixées par le Parlement lors du débat d'orientations stratégiques et budgétaires en santé. C'est ainsi que nous passerons d'une maîtrise technocratique, par l'offre de soins, à une réponse politique raisonnée, visant à la satisfaction de la demande en santé des Français, là où ils vivent avec leurs enfants et leurs parents âgés.

En effet, la santé est la seule politique publique qui concerne tous les Français sans exception aucune et à part égale, de la néonatalité à la fin de vie. C'est aussi une action d'intérêt général au sens où une bonne santé physique et mentale est à la fois un bien individuel et une ressource stratégique pour l'économie, la culture, la science et plus généralement le rayonnement national et international de notre pays.

Dans ce contexte, assurer la qualité de service et la pérennité financière d'un système de santé qui est un des éléments fondateurs de notre Pacte social est, par essence, une mission stratégique de l'Etat régalien. Cela suppose une vision, une programmation pluriannuelle, une mobilisation de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'ensemble des parties prenantes professionnelles, industrielles, médicales et sociales ; au service de la demande en santé des Français, et non plus une maîtrise par l'offre de soins, par trop budgétaire et comptable.

Pour de multiples raisons, l'Etat a, depuis 1946, cédé une part importante de ses prérogatives à des institutions publiques ou non et se trouve donc privé des instruments régaliens nécessaires à la définition, la mise en œuvre l'évaluation et la régulation d'une stratégie politique, qui doit redevenir publique, ce qui ne signifie nullement qu'elle doive être centralisée.

Définir et organiser ce changement profond de paradigme est l'objet de la présente proposition de Loi de Programmation en Santé.

<p style="text-align: center;">Titre 1^{er} : Organisation et gouvernance du système de santé pour une meilleure réponse à la demande des Français.</p>
--

Le présent titre a pour objet de rendre à l'Etat les moyens de sa politique de santé, sous le contrôle effectif du Parlement.

L'article 1^{er} réaffirme que la politique de santé est une priorité nationale déclinée dans une programmation pluriannuelle adoptée par le Parlement, qui tient sur ce thème un débat annuel d'orientations stratégiques et budgétaires.

L'article 1.1 contribue à se doter des outils permettant la mise en œuvre d'une telle politique, en dotant le système de santé d'un cadre, le service public de santé, incluant tous les acteurs dès lors qu'ils remplissent la même mission. Cette notion présente à la fois l'intérêt d'apporter l'unité qui fait aujourd'hui défaut à notre système de santé mais également de décloisonner le sanitaire et le médico-social dans une logique de parcours.

L'article 2 affirme que le diagnostic est le monopole des médecins qui peuvent déléguer les actes thérapeutiques qu'ils ont définis aux professionnels de santé et du soin selon leurs degré de compétence.

L'article 2-1 reconnaît l'importance et le rôle des patients-formateurs dans les cursus de formation aux professions médicales et paramédicales et leur confère, pour cela, le statut de collaborateur occasionnel du service public.

L'article 3 organise la possibilité, pour les Collectivités territoriales du bloc communal, de soutenir et d'accompagner les professionnels et établissements de santé publics et privés dans l'exercice de leur activité.

L'article 3.1 vise à décloisonner les relations entre les collectivités locales et les professions de santé en associant de droit lesdites collectivités à la gouvernance des communautés territoriales professionnelles de santé (CPTS), ce qui les autorisent à verser auxdites CPTS des subventions de fonctionnement et d'investissement, en complément de celles de l'assurance maladie. Les Collectivités locales émettent un avis sur le périmètre projeté des CPTS.

L'article 4 adapte l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé à la demande de proximité des citoyens et des acteurs de santé des territoires, en créant des directions départementales des Agences régionales de santé, dotées de toutes les compétences y compris financières.

L'article 5 donne au ministre chargé de santé, qui s'appuiera pour ce faire sur l'expertise technique de l'Assurance maladie, le pouvoir de négociation et de discussion des accords conventionnels avec les professionnels et établissements de soins. Cette capacité de discussion,

de négociation et de signature, rendue au ministre, découle directement du rang de priorité nationale dévolu à la politique nationale de santé fixé à l'article 1^{er} de la présente proposition de loi.

La convention fixera, notamment, un moratoire de cinq ans sur les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM), en contrepartie d'une baisse, fixée conventionnellement, des cotisations d'assurance maladie complémentaire des retraités.

L'article 5-1 renforce l'autonomie des hôpitaux, dans leurs relations avec les Agences régionales de santé, en substituant, de manière systématique un régime de déclaration à un régime d'autorisation.

Sur le modèle des contrats de plan Etat-région, l'article 5-2 crée les Contrats Pluriannuels de Programmation et d'Investissement en Santé (CPPIS), négociés et conclus entre la région et l'Agence régionale de santé territorialement compétente.

Ces CPPIS constitueront des outils de développement particulièrement importants pour les territoires, à travers la définition et le financement de projets structurants. Au même titre que les CPER, ils renforceront la politique d'aménagement du territoire en matière sanitaire et médico-sociale, au service de l'égalité des territoires.

Dans une logique ascendante et descendante, les régions pourront également consulter et associer les départements au financement des projets relatifs au champ médico-social puisque ceux-ci participent à son financement aux côtés de l'Agence régionale de santé. Régions et départements pourront associer, par voie de fonds de concours, les collectivités du bloc communal, sur la base du volontariat.

Les CPPIS sont donc conçus pour associer l'ensemble des acteurs locaux aux orientations quinquennales.

Enfin, l'article 5.3 crée au bénéfice des établissements publics et privés de santé un fonds de défaisance de leur dette sur la base d'un recours volontaire. A ce jour la dette des seuls hôpitaux publics représente environ 30 milliards d'euros qui pèsent très lourdement sur leurs budgets et entravent leur capacité à investir. Ce fonds de défaisance lorsqu'il sera sollicité sera notamment gagé sur le patrimoine non-hospitalier des établissements.

Article 1^{er}

Au début du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} et du livre IV de la première partie du Code de la santé publique, est inséré un article L.1411 ainsi rédigé :

« Art. L.1411. I. - La politique de santé de la République est fondée sur la volonté d'assurer la pérennité du système de santé français en garantissant, à chacun selon ses besoins et en tout lieu du territoire, un service de santé de qualité, efficace et équitable. Cette volonté est placée au rang de priorité nationale.

« II. - La Loi de Programmation en Santé a pour objet de redéfinir le système de santé dans ses priorités, son organisation, son évaluation et son financement, dans une logique pluriannuelle de regroupement et d'optimisation de tous les moyens consacrés à la politique nationale de santé.

« III. - Elle est adoptée par le Parlement pour une durée de cinq ans.

« IV. - Une loi organique organise les conditions de la tenue, chaque printemps devant le Parlement, d'un débat annuel d'orientations stratégiques et budgétaires en santé. Ce débat annuel sera précédé d'un rapport du Conseil économique, social et environnemental et d'un rapport de la Cour des comptes, aux fins d'une évaluation annuelle de la loi de programmation en santé. Ces rapports seront remis au Parlement. »

Article 1-1 :

Il est ajouté au Code de la santé publique un article L. 1110-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1- I – Pour la mise en œuvre de ce droit, les professionnels, les établissements sanitaires et médico-sociaux et toute structure assurant des prestations de soins ou des actions de prévention prises en charge par l'assurance maladie, participent au service public de santé.

« II – Le service public de santé garantit :

« 1° l'égal accès à des soins de qualité ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé. »

Article 2 :

« Les professions médicales, telles que définies par le Code de la santé publique, disposent du monopole du diagnostic. Ces professionnels peuvent déléguer tout ou partie de leur compétence, tant dans l'exercice du diagnostic que dans la mise en œuvre de la thérapeutique qu'ils ont défini, à tous professionnels de la santé et du soin, selon son degré de compétence. Les conditions de cette mise en œuvre seront fixées par accord conventionnel entre le ministre chargé de la santé et les organisations représentatives des professionnels de santé et du soin. Ces conventions prévoient aussi les conditions de participation de ces professionnels à la mission de conseil, de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. »

Article 2-1 :

Après l'article L. 632-7 du Code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 632-8. – I. – Le patient-formateur est un collaborateur occasionnel du service public recruté par une faculté de santé pour une durée d'une année universitaire renouvelable. Le contrat conclu entre une faculté de santé et un patient-formateur définit les missions pédagogiques qui lui sont confiées et les conditions matérielles et financières dans lesquelles elles s'exercent.

« II. – Les fonctions de patient-formateur sont exercées à titre gratuit. Le contrat conclu avec une faculté de santé peut néanmoins prévoir, s'il y a lieu, le remboursement des frais de déplacement, d'hébergement et de restauration exposés par le patient-formateur, dans les conditions offertes aux fonctionnaires et agents publics. »

Article 3 :

« Dans le cadre de leur clause de compétence générale, les Collectivités territoriales du bloc communal peuvent accompagner les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé, quel que soit leur statut et les modalités de leur exercice, dans leur participation à l'offre

de santé sur leur territoire. Cet accompagnement, dans ses objectifs et ses modalités, est défini dans un contrat entre la Collectivité territoriale et le professionnel de santé ou la structure juridique à laquelle il appartient, ou l'établissement de santé. Il doit s'inscrire dans les objectifs arrêtés par le Projet régional de santé. Le Directeur général de l'Agence régionale de santé, territorialement compétent, peut exercer sur ces contrats un contrôle a posteriori, pour s'assurer de leur conformité aux orientations du Projet régional de santé. ».

Article 3-1 :

L'article L. 1434-12 du Code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les collectivités locales sont associées à la définition du périmètre, des compétences et à la gouvernance des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) de leur territoire. A ce titre, les élus des collectivités territoriales siègent dans les instances des CPTS. Elles sont habilitées à leur verser des subventions de fonctionnement et d'investissement. »

Article 4 :

Il est ajouté à l'article L.1431-3 du Code de la santé publique un alinéa rédigé comme suit :

« Pour l'application des articles L.1431-1 et L.1431-2 du Code de la santé publique, les Agences régionales de santé créent, dans chaque département de leur ressort territorial, une direction départementale. Le directeur départemental, nommé par le directeur général de l'Agence régionale de santé, exerce, par délégation de ce dernier et sous sa responsabilité, l'intégralité des missions et compétences prévues au présent titre. Il dispose notamment d'une fraction des crédits inscrits au Fonds d'Intervention Régional (FIR). Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat. »

Article 5 :

L'article L.1162-5 du Code de la sécurité sociale est rédigé comme suit :

« Art. L. 1162-5. I. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes et pour chacune des autres professions de santé, entre le ministre chargé de la santé et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire. »

« II. - La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières sous forme d'accords complémentaires entre le ministre chargé de la santé ou son représentant et les organisations syndicales de professionnels de santé les plus représentatives sur le territoire concerné. »

« III. - La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des Caisses primaires d'assurance maladie et des professionnels de santé d'exercice libéral, notamment pour la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;

2° Les conditions de l'exercice de chacune des professions de santé ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers et médico-sociaux publics et privés ;

- 3° Les relations conventionnelles avec les industriels de biens et services de santé et les réseaux de distribution de ces produits et dispositifs ;
- 4° Les conditions de la participation des professionnels de santé aux missions de conseil, de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique ;
- 5° Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux professionnels de santé ;
- 6° Les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- 7° Les modalités de financement et d'évaluation des expérimentations et des actions innovantes ;
- 8° Les modalités de financement et d'évaluation de la participation des professionnels de santé aux réseaux et structures de soins coordonnés ;
- 9° Les modalités de réalisation et de financement des programmes d'évaluation des programmes d'évaluation des stratégies et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales et de bonnes pratiques nationales et locales ;
- 10° Les conditions de création et de fonctionnement des cabinets médicaux décentralisés et les dispositions relatives aux cabinets regroupant des médecins et professionnels libéraux ou hospitaliers de santé retraités ou en cumul emploi-retraite ;
- 11° Les modalités des rémunérations versées par les caisses d'assurance maladie en contrepartie de l'atteinte par le professionnel de santé, individuellement ou dans le cadre de la structure collective à laquelle il appartient, d'engagements pris en matière de prévention, d'éducation à la santé, de dépistage, de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques ou de pluri-pathologies, d'éducation thérapeutique, d'observance des traitements et plus généralement d'actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles et l'efficacité du service rendu au patient ;
- 12° Les dispositions relatives aux modalités de prise en compte de l'expérience dans les parcours professionnels et dans les rémunérations, fixes ou variables, des professionnels de santé libéraux ou salariés des établissements publics ou privés d'hospitalisation ;
- 13° Les modalités d'organisation et de financement de la reconversion et de la réorientation professionnelles ou géographiques des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou en qualité de salarié des établissements publics ou privés d'hospitalisation ;
- 14° Les conditions et critères dans lesquelles les tarifs et les rémunérations des professionnels libéraux de santé conventionnés peuvent être majorés pour valoriser une pratique ou l'acceptation de contraintes particulières ainsi que les conditions de suivi de ces engagements ;
- 15° Les conditions dans lesquelles les assureurs complémentaires en santé contribuent à cette politique nationale. Il sera fixé un moratoire de cinq ans sur les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). En contrepartie de ce moratoire les OCAM s'engageront sur une baisse substantielle des cotisations de leurs adhérents retraités.»

Article 5-1 :

Il est créé dans le Code de la santé publique un article L.6143-7-1 rédigé comme suit :

« Art. L. 6143-7-1. – I. - Dans les relations entre l'agence régionale de santé territorialement compétente et les établissements de santé de son ressort, toutes les autorisations préalables sont supprimées et remplacées par une règle générale de déclaration préalable.

« II. - L'agence régionale de santé exerce, dans les deux mois de réception d'une déclaration préalable, un contrôle visant à s'assurer de la conformité de la décision à intervenir tant avec le projet régional de santé qu'avec le projet d'établissement.

« III. - Dans l'hypothèse où, à l'occasion de son contrôle, l'agence régionale de santé met en évidence un ou plusieurs défauts de conformité, elle invite sans délai l'établissement à déposer une nouvelle demande préalable. En cas de refus de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit le tribunal administratif compétent, dans les délais du recours contentieux. »

Article 5-2 :

Après l'article L. 4251-1 du Code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 4251-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4251-1-1. – I. – La région signe un contrat pluriannuel de programmation et d'investissements en santé avec l'agence régionale de santé territorialement compétente.

« Ce contrat pluriannuel de programmation et d'investissements en santé est conclu et adopté suivant les règles de forme et de procédure applicables aux contrats de plan Etat-Région définis aux articles L. 4151-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales.

« II. – Les départements sont associés au contrat pluriannuel de programmation et d'investissements en santé dans le cadre des orientations et de la stratégie territoriale relative au champ médico-social.

« III. – Ce contrat, d'une durée de cinq ans, encadre l'intervention financière des collectivités locales au financement des investissements des établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, selon les objectifs définis par les parties et le plan régional de santé.

« IV. – Les régions et les départements peuvent associer, par voie de fonds de concours, les collectivités du bloc communal à cette programmation et ce financement des investissements sanitaires et médico-sociaux, sur la base de volontariat.

Article 5.3 :

« Il est créé un Fonds de défaisance de la dette des établissements publics et privés de santé. Le recours à ce Fonds devra être laissé à la libre appréciation des établissements. Cependant, les agences régionales de santé pourront contraindre un établissement, dont les finances seraient particulièrement dégradées, à recourir à ce Fonds. Le Fonds de défaisance de la dette des établissements de santé sera notamment gagé sur le patrimoine non-hospitalier des établissements qui y auront recours.

« Un Décret en conseil d'Etat fixera l'organisation, la gouvernance, la durée et les conditions de fonctionnement du Fonds de défaisance de la dette des établissements de santé. »

Titre 2 : Prévention, éducation à la santé et éducation thérapeutique.

Passer d'un système de soin à un système de santé suppose de déployer des actions de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique, dès le plus jeune âge, et d'intégrer, dans une action globale, tous les déterminants de santé, dont la science et le bon sens nous disent qu'ils sont nombreux et variés : de l'activité physique au logement, en passant par ce que nous mangeons ou l'air que nous respirons.

Or, plutôt que de raisonner de façon globale et de promouvoir la polyvalence, qui ne s'oppose évidemment pas à la compétence, la tendance est souvent à la création d'outils, de procédures, de comités selon les problèmes à régler ou les actions à mener. Malheureusement, les résultats sont là : hyperspécialisation, silos, cloisonnements mais aussi doublons, perte d'efficacité, incohérences, etc...

C'est pourquoi, ce titre vise à l'échéance des cinq ans de la présente proposition de loi, à la création (article 6) sous l'autorité du Premier ministre, par regroupement des multiples organismes existants, d'une structure unique en charge de la prévention, de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique.

L'article 6-1 intègre au dossier médical partagé un volet prévention, éducation à la santé et éducation thérapeutique qui permet de recenser et de suivre l'ensemble des actions conduites par tous les professionnels de santé au bénéfice d'un patient. Il est ainsi impératif qu'à l'avenir les médecins et infirmiers de la protection maternelle infantile, les médecins et infirmiers scolaires, les médecins et infirmiers du travail puissent tenir à jour ce volet prévention, éducation à la santé et éducation thérapeutique du DSP pour que le médecin traitant et les autres intervenants, au service de la santé du patient, puissent en avoir connaissance.

Des actions concrètes et à effets immédiats, sur le service sanitaire (article 7) et la formation des futurs professionnels médicaux, paramédicaux, médico-sociaux et sportifs (article 8) sont également prévues, pour renforcer les dispositifs de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique.

L'article 8-1 rend obligatoire l'enseignement de la prévention et de l'éducation à la santé dans les écoles primaires, les collèges, les lycées et les centres de formation des apprentis. Il s'agit, au travers de cette disposition, de sensibiliser très fortement la jeune génération aux enjeux de santé publique d'une bonne éducation à la santé.

L'article 8-2 rend obligatoires, dans les établissements scolaires, les actions de dépistage et de contrôle des troubles visuels, des troubles auditifs et neuro-comportementaux. Cet article vise non seulement à lutter contre les inégalités d'accès aux soins mais aussi contre le décrochage scolaire dont une partie provient des difficultés rencontrées par des élèves présentant des troubles visuels, auditifs ou neuro-comportementaux non détectés.

Depuis le 1^{er} Septembre 2022, une expérimentation est en cours, dans le cadre des dispositions de l'article 51 de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, visant à mettre en place un programme d'activité physique adaptée pendant et après le traitement d'un cancer. Un objectif de 1000 patients devrait permettre de mettre en évidence les vertus thérapeutiques de ces activités physiques adaptées dans la prise en charge globale du cancer. L'article 8-3 vise

donc à intégrer dans la « mission santé » de la loi de finances le remboursement de ces activités physiques adaptées et la généralisation de l'expérimentation en cours.

Il faudra, également, mettre à disposition des Français des outils numériques de prévention et de détections précoces à large échelle dans les domaines du neuro-développement de l'enfant, de la détection de la dépression du post-partum et du bien-vieillir. Tous ces outils existent aujourd'hui mais ne sont accessibles qu'aux personnes en capacité de souscrire et payer les abonnements aux services concernés. Il appartiendra à la Caisse nationale d'assurance maladie de les ouvrir progressivement au remboursement pour les rendre accessible au plus grand nombre.

Article 6 :

« Il est créé auprès du ministre chargé de la santé une mission de préfiguration en charge de proposer les modifications juridiques et financières permettant de créer, par regroupement de toutes les structures nationales compétentes dans le domaine de la santé, de la prévention, de l'éducation à la santé, de l'éducation thérapeutique et de la recherche médicale ; un organisme interministériel unique doté de l'ensemble de leurs compétences et moyens.

Cet organisme interministériel est placé sous l'autorité du Premier ministre. Le ministre chargé de la santé en assure la gestion par délégation. Il est doté d'une compétence exclusive, pour l'Etat, les organismes en dépendant et les Caisses d'assurance maladie obligatoire, de proposition de la stratégie nationale de santé en matière de prévention, de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique et de recherche médicale et de gestion du risque en santé dans toutes ses composantes. Il est chargé de la mise en œuvre du programme d'actions correspondant, de son suivi et de son évaluation.

La mission proposera la trajectoire permettant de mettre en place cette structure au niveau national et, le cas échéant régional et départemental, au plus tard dans les cinq ans suivant la publication au Journal Officiel de la présente proposition de Loi de Programmation en Santé. »

Article 6-1 :

Après l'article L. 1111-14 du Code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-14-1. – I. – Le dossier médical partagé intègre un volet relatif au parcours individuel de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique, destiné à favoriser le suivi des actes et actions de prévention et de dépistage en matière de santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique de la néo-natalité à la fin de vie.

« II. – La Haute Autorité de Santé est chargée de définir les informations et indicateurs de suivi de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique devant impérativement figurer au dossier médical partagé. »

Article 7 :

« Le service sanitaire, créé par le décret n° 2018-472 du 12 juin 2018, a pour objectif de faire bénéficier, par priorité les jeunes et les publics adultes qui en sont les plus éloignés, des recommandations et conseils d'éducation à la santé et de prévention. Pour remplir cet objectif d'éducation aux bons comportements et aux bonnes pratiques, en santé physique et mentale, le contenu pédagogique de ce service sera défini par le ministre chargé de la santé.

Un arrêté conjoint des ministres chargés des armées, de la santé, des solidarités, de l'enseignement supérieur et des sports définit le contenu de ces activités et leurs conditions et lieux de mise en œuvre. »

Article 8 :

« La prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique font l'objet d'un enseignement, dont la validation est obligatoire au cours des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, pour l'obtention de la licence de sciences et techniques des activités physiques et sportives et pour l'obtention des diplômes des professions paramédicales et médico-sociales.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur, des sports et de la santé fixe le contenu et le volume de cet enseignement, ainsi que les modalités et les conditions de son évaluation. »

Article 8-1 :

Après l'article L. 312-16 du Code de l'éducation, il est inséré un article L. 312-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-16-1. – I. – La prévention en matière de santé et l'éducation à la santé font l'objet d'un enseignement dans les écoles primaires, les collèges, les lycées et les centres de formation des apprentis.

« II. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'éducation, de la santé et de l'agriculture, pris après avis de la Haute Autorité de Santé, fixe la durée, le contenu de ces enseignements ainsi que les conditions de formation des enseignants à ces disciplines.

Article 8-2 :

Le chapitre IV du titre III du livre 1^{er} de la deuxième partie du Code de la santé publique est complété par un article L. 2134-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2134-2. – I. – Les professionnels de santé des communautés professionnelles territoriales de santé organisent, en lien avec la médecine scolaire et les établissements scolaires de leur territoire, des actions de dépistage des troubles auditifs, visuels et neuro-comportementaux pour les enfants entrant en école maternelle et en école primaire.

« Lorsque les enfants sont déjà appareillés, les opticiens-lunetiers ou les audioprothésistes peuvent adapter la prescription dans les conditions de l'article L. 4362-10.

« II. – Ces actions de prévention et de dépistage donnent lieu à une fiche de liaison formulant des recommandations adressées aux parents, sous forme confidentielle.

« Lorsque la fiche de liaison est établie par un opticien-lunetier, elle doit obligatoirement indiquer de manière claire, lisible et intelligible, que le dépistage ne saurait remplacer la consultation d'un ophtalmologiste.

« Lorsque la fiche de liaison est établie par un audioprothésiste, elle doit obligatoirement indiquer de manière claire, lisible et intelligible, que le dépistage ne saurait remplacer la consultation d'un oto-rhino-laryngologiste.

« Lorsque la fiche de liaison est établie par un orthophoniste, elle doit obligatoirement indiquer de manière claire, lisible et intelligible, que le dépistage ne saurait remplacer la consultation du médecin compétent.

« III. – L'action de dépistage ne peut être suivie d'un acte de vente ni d'une quelconque démarche commerciale par le professionnel de santé qui l'a effectuée ou par la personne morale auprès de laquelle il exerce son activité.

« IV. – Seule la communauté professionnelle territoriale de santé est autorisée à rémunérer les professionnels de santé ou les établissements pour lesquels ils exercent leur activité, au titre des actions de prévention et de dépistage effectuées.

« Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'éducation et de la santé fixe les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces actions de prévention et de dépistage. »

Article 8-3 :

« Les programmes d'activité physique à visée thérapeutique, dans le cadre de la prise en charge globale du cancer, sont généralisés à l'ensemble du territoire national.

« Un arrêté du ministre en charge de la santé fixe la liste des établissements chargés de mettre en œuvre ces programmes, les conditions de leur mise en œuvre et celles de leur prise en charge par l'Assurance maladie. »

Titre 3 : Formation et carrière des professionnels de santé.

Les professionnels de santé sont les meilleurs prescripteurs de la prévention et de l'éducation à la santé dans leurs dimensions pluridisciplinaire et globale. Il est donc nécessaire que pendant leur formation initiale, ils en aient mesuré l'importance et l'intérêt. C'est pourquoi l'article 9 prévoit, en ce sens, l'organisation de modules de formation communs à toutes les formations paramédicales et médico-sociales.

L'acquisition des compétences par la voie de l'expérience est essentielle pour les professionnels de santé, à titre individuel et par voie de conséquence pour le service qu'ils apportent aux Français, l'effort que cela représente doit donc être valorisé et justement récompensé. C'est ce que prévoit l'article 10.

L'article 11 confie à l'ensemble des acteurs des Unités de Formation et de Recherche (UFR), réunis en Conférence pédagogique, la mission de mettre en cohérence les parcours des étudiants et de favoriser l'interdisciplinarité et la polyvalence des formations et des carrières.

Afin d'attirer plus de candidats, en rapprochant les lieux de formation de ceux de leur exercice, l'article 12 permet de dispenser, à l'échelon départemental, les formations théoriques de Maître de Stage des Universités (MSU) tandis que l'article 13 vise à rendre plus attractif le Contrat d'engagement de service public.

Article 9 :

« A des fins d'interdisciplinarité, de polyvalence et de création d'une culture médicale commune, les formations paramédicales et médico-sociales comprennent obligatoirement des modules communs. Les formations d'Aides-soignants, d'Assistants-médicaux et d'Assistants

de régulation médicale bénéficient d'un tronc commun et d'équivalences pour offrir à ces professionnels du soin une véritable polyvalence.

Un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et des solidarités détermine le contenu, le volume, et les modalités d'évaluation et de validation de ces modules communs ».

Article 10 :

« Aux fins de favoriser l'acquisition d'une spécialité médicale ou paramédicale par l'expérience, les spécialités médicales et paramédicales peuvent être obtenues par validation des acquis de l'expérience, selon des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Une mission sera chargée de proposer au ministre chargé de la santé les conditions et modalités de cette validation, dans les six mois de la date de publication de la présente loi au Journal Officiel. »

Article 11 :

Le chapitre VI du titre III du livre VI de la troisième partie du Code de l'éducation est complété par un article L.636-2 ainsi rédigé :

« Article L.636-2. – I. - Il est créé dans chaque Unité de Formation et de Recherche (UFR) de médecine une Conférence pédagogique réunissant, aux côtés de ceux de l'UFR, des représentants des écoles, instituts et organismes publics et privés de formation aux professions médicales et paramédicales du ressort territorial de l'UFR, aux fins de favoriser l'interdisciplinarité au cours des études en santé et de faciliter les évolutions professionnelles ultérieures au sein d'une même filière de formation et entre filières.

« II.- La Conférence pédagogique est composée du Doyen de l'UFR de médecine, du Président de l'Université et des responsables pédagogiques des établissements du ressort territorial, qui en sont membres de droit. Elle se réunit au minimum une fois par trimestre universitaire et, en tant que de besoin, à la demande d'un de ses membres. Elle peut inviter à participer à ses travaux, à titre consultatif, des représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et des étudiants en santé, des ordres professionnels et des représentants des usagers.

« III. - Elle a pour vocation de mettre en cohérence les parcours de formation et de favoriser les échanges entre étudiants afin de lutter contre les cloisonnements dans la formation initiale des professionnels de santé et, par une meilleure connaissance des formations et compétences de chacun, de favoriser la dynamique d'installation et de coopération dans les territoires.

« IV. - La Conférence pédagogique examine, à la fin de chaque année universitaire, les demandes des professionnels de santé désireux d'évoluer au sein de leur filière professionnelle ou de changer de profession ou de spécialité, et les demandes de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Elle fixe le cas échéant les conditions nécessaires à l'acquisition, par le demandeur, de nouvelles qualifications professionnelles, dans le strict respect des objectifs pédagogiques propres à chaque profession.

« V. - Les étudiants en médecine réaliseront les 1^{er} et 2^{ème} cycles de leurs études dans des structures départementales. La Conférence pédagogique en proposera les modalités, en lien avec les collectivités locales territorialement compétentes.

« VI.- La Conférence pédagogique est chargée d'organiser l'intégration de la formation en santé mentale dans le cursus des professionnels de santé de premier recours, et notamment les médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, et kinésithérapeutes.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement de la Conférence pédagogique ».

Article 12 :

« Les formations théoriques de Maître de Stage des Universités (MSU) sont, chaque fois qu'il est possible, dispensées à l'échelon départemental. Les conditions matérielles et notamment de rémunération des enseignants sont fixées par la Direction départementale compétente de l'ARS, après avis de l'instance départementale du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). »

Article 13 :

« Pour en accroître l'attractivité, les conditions et avantages prévus par le Contrat d'engagement de service public (CESP) feront l'objet, dans les quatre mois de la publication de la présente loi au Journal officiel, d'une revue complète conduite par le ministre chargé de la santé avec les syndicats représentatifs des étudiants en médecine. »

Titre 4 : Psychiatrie et santé mentale.
--

« Parent pauvre » historique de notre politique de santé, le système de soins en santé mentale est, depuis plusieurs années, en grandes difficultés avec pour conséquences les plus visibles les problèmes de recrutement et de fidélisation des soignants et les effets sur les malades pris en charge souvent trop tard et de façon parfois inadaptée.

Pourtant, il existe des solutions et il est démontré que, si l'on pose le bon diagnostic et que l'on déploie la bonne thérapeutique dans les cinq ans suivant les premiers symptômes, ces maladies, qui sont des maladies comme les autres, se soignent et se guérissent.

L'enjeu est d'autant plus grand que la Covid-19 a fortement dégradé la santé mentale de la population : avec 30% d'augmentation des troubles anxieux et dépressifs, une croissance de 50% du nombre de patients présentant des idées suicidaires (en particulier chez les enfants et les adolescents), la multiplication des arrêts maladie de longue durée pour burn-out, notamment.

Ne pas prendre en charge, au plus vite et au plus tôt, ceux qui ressentent ces « signaux faibles » revient à les condamner à de très grandes difficultés d'insertion sociale et professionnelle, à condamner aussi à une immense souffrance leurs proches et à faire peser, sur la société toute entière, une charge sociale mais aussi économique considérable, dont on peut avoir une idée en rappelant que le coût direct et indirect des troubles psychiatriques était en France de 160 milliards d'euros en 2018, soit avant la Covid-19, pour des pathologies qui, là aussi, concernaient en 2018 plus de 12,5 millions de français.

Il est donc urgent de changer le regard que porte notre société sur ces maladies et sur ceux qui en souffrent et de faire le choix de la définition, de la mise en œuvre et du suivi d'une politique globale et donc interministérielle (article 14) ; tout en organisant le maquis des « psy » afin que

les français s'y retrouvent et que ces professionnels soient, comme les autres, référencés et répertoriés (article 15).

Article 14 :

« Il est institué, auprès du ministre chargé de la santé, un Délégué interministériel à la psychiatrie et à la santé mentale. Le Délégué interministériel est nommé en Conseil des ministres, sur proposition du ministre chargé de la santé. Il propose et met en œuvre la politique de santé mentale et de psychiatrie dans toutes ses composantes, et notamment en matière de santé et de prévention, d'environnement, de recherche et d'innovation, de formation initiale et continue, d'information et de communication.

Les missions et compétences du Délégué interministériel à la psychiatrie et à la santé mentale ainsi que les moyens dont il dispose pour les exercer sont fixés par décret ».

Article 15 :

« Le ministre chargé de la santé mettra en œuvre un répertoire des professionnels de la santé mentale avec, pour chaque métier, le ou les diplômes ou qualifications professionnels, requis pour revendiquer cette qualité. Ce répertoire prévoira, le cas échéant, l'inscription ordinaire et la reconnaissance par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. S'il n'existe pas de diplôme, le répertoire indiquera les formations requises pour pouvoir exercer le métier dont il s'agit. Ce répertoire, rendu public par le ministre chargé de la santé, portera sur les psychiatres, les psychologues, les psychomotriciens, les psychothérapeutes et les psychanalystes.

L'inscription à ce répertoire sera rendue obligatoire pour les professionnels dont les actes sont pris en charge par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. »

Titre 5 : Industrie des produits de santé, recherche et innovation.
--

L'industrie des produits de santé concerne tant les médicaments que les dispositifs médicaux. C'est une industrie qui nécessite des investissements lourds, de l'ordre de la dizaine de milliards d'euros pour, après dix ans de recherche, mettre finalement sur le marché une molécule ou un dispositif, sur les milliers qui auront été étudiées.

La présente proposition de Loi de Programmation en santé entend adapter la politique de la France à ces caractéristiques, sur toute la chaîne de valeur, de la recherche à la distribution, sur la base de perspectives pluriannuelles.

Seule cette prise en considération permettra à notre pays de retrouver sa souveraineté pour les produits essentiels, voire vitaux au sens propre du terme ; sa capacité d'attractivité pour les produits innovants et la force de sa filière économique pourvoyeuse de milliers d'emplois.

L'article 16 rétablit une politique conventionnelle ambitieuse et garantit aux industriels la visibilité et la lisibilité qui sont les conditions de la réussite nationale, quand l'article 17 met fin au doublon entre l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) européenne et l'AMM nationale qui reprend à zéro toute l'évaluation. L'article 18 crée un fonds pour la relocalisation en France de molécules anciennes mais essentielles, ainsi que pour la localisation de capacités de production des molécules les plus innovantes.

Article 16 :

« La politique du médicament et des dispositifs médicaux participe de la politique nationale de santé définie à l'article 1^{er} du Titre 1^{er} de la présente Loi. A ce titre, elle est fixée par période de cinq ans par convention nationale entre l'Etat et les organisations représentatives des producteurs et distributeurs.

La convention 2023-2027 devra notamment prévoir, dans le cadre des engagements déjà contractés par l'Etat, notamment au titre des décisions du Conseil Stratégique des Industries de santé (CSIS) :

1°/ La mise en place d'un « guichet unique » allant de l'autorisation de mise sur le marché à la fixation du prix et au remboursement par l'Assurance maladie ;

2°/ L'intégration des stocks des grossistes-répartiteurs dans l'évaluation générale des stocks des molécules essentielles, notamment en période de difficultés d'approvisionnement ;

3°/ Le montant M, fixé chaque année par la loi de Finances et qui correspond à un objectif de chiffre d'affaires (hors remises et avoirs) des médicaments remboursables, ne pourra pas être inférieur à l'évolution de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Ce taux d'évolution s'appliquera à l'identique aux dispositifs médicaux ;

4°/ La loi de finances fixera les taux annuels de croissance de l'enveloppe du médicament qui ne pourront être diminués ultérieurement par une diminution des bases servant à leur calcul ;

5°/ Avant le terme de la convention, le plafond des remises autorisées sur les médicaments remboursables sera ramené de 40% à 20% ;

6°/ Les parties à la convention fixeront un plafond à la clause de sauvegarde applicable aux médicaments remboursables et aux dispositifs médicaux, ainsi que le taux d'évolution de ce plafond pour chacune des années. »

Article 17 :

« Un médicament qui a obtenu une autorisation de mise sur le marché européen ou un dispositif médical qui a été agréé par l'Union Européenne bénéficie, par immédiate transposition et sans délai, des mêmes autorisations pour le marché français »

Article 18 :

« Il est créé un Fonds de promotion de la production et de l'innovation thérapeutique en France. Ce Fonds est géré par le ministère chargé de la santé sur la base d'appels à projets ouverts à des instituts de recherche, des laboratoires et des industriels implantés en France.

Le budget de ce Fonds est fixé annuellement par la loi de finances.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'ouverture des appels à projets, des conditions d'éligibilité au Fonds, des conditions d'attributions et d'évaluation des aides apportées par le Fonds.

Un rapport annuel des activités du Fonds sera annexé à la « mission santé » de la loi de finances.»

Titre 6 : Numérique et données de santé.

Les données de santé sont une richesse que nous devons valoriser dans le cadre général de l'intérêt public en santé défini à l'article 19, en prenant en considération les bouleversements inexorables et inévitables du déploiement de l'Intelligence Artificielle (IA) dans le secteur de la santé.

Pour éclairer la décision publique une mission d'analyse et de prospective est créée à l'article 20. Elle devra rendre ses conclusions dans le délai de six mois à compter de la publication au Journal Officiel de la présente proposition de loi et, en toute hypothèse, préalablement à la transposition annoncée en droit français de « *l'IA European Act* ».

Compte tenu de l'existence de nombreux projets déjà portés par les acteurs français et européens de l'IA, et pour demeurer compétitifs face aux acteurs non-européens, la loi crée en son article 21 un fonds d'innovation numérique en santé.

Article 19 :

L'article L.1461-3-I-1° du Code de la santé publique est complété comme suit :

« L'intérêt public en santé s'entend de l'exploitation de données personnelles de santé, à des fins d'intérêt général et notamment d'amélioration de la santé des Français. »

Article 20 :

« Il est créé, auprès du ministre chargé de la santé, une mission d'analyse et de prospective sur l'Intelligence Artificielle (IA) en santé.

Cette mission sera notamment chargée de proposer les moyens de garantir l'intérêt public en santé au sens de la collecte, le traitement et la gestion des données personnelles de santé dans le but d'améliorer la santé de la population Française. A ce titre la mission devra :

1°/ Evaluer les conséquences, pour la France, de la transposition de « *l'IA European Act* » et, plus généralement, les effets de l'augmentation exponentielle de la quantité de données de santé.

2°/ Analyser les statuts et la forme juridique, les missions, compétences et premiers résultats des instances existantes et de proposer les modifications éventuellement nécessaires pour renforcer la sécurité et la protection des données de santé des Français.

Cette mission rendra ses conclusions et recommandations au ministre chargé de la santé dans l'année suivant sa constitution. Le rapport de la mission fera l'objet d'une communication au Parlement. »

Article 21 :

« Il est créé un Fonds d'innovation numérique en santé qui aura pour objet l'amorçage de projets initiés par des acteurs Français et européens, publics et privés sur appel à projets.

Un rapport annuel des activités du Fonds sera annexé à la « mission santé » de la loi de finances.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'éligibilité, d'attribution et d'évaluation des aides délivrées au titre du Fonds. »

Titre 7 : Financement de la santé.

Le financement de la santé est la traduction de choix politiques forts et l'incarnation d'un changement fondamental de paradigme : passer de la maîtrise exclusivement comptable, par l'offre de soins, à la réponse, évidemment raisonnée, à la demande en santé et aux besoins tels que créés par la situation personnelle de chacun, dans toutes ses dimensions : génétique, physique, environnementale, comportementale.

La traduction financière de ces choix sera faite en réunissant tous les moyens nationaux affectés à la santé, par l'Etat et l'Assurance maladie, pour pouvoir les répartir, en investissement et en fonctionnement, entre les six priorités stratégiques définies dans la présente proposition de Loi de Programmation en Santé.

A compter de la loi de finances pour 2025, les comptes de la branche maladie de la Sécurité sociale réintégreront la « mission santé » du budget de l'Etat. Les recettes et les dépenses de cette branche ne seront donc plus votées ni comptabilisées dans la loi de financement de la Sécurité sociale.

Cette mesure vise plusieurs objectifs. Le premier est de réaffirmer que la santé est la première des politiques publiques en ce qu'elle concerne, à part égale, tous les Français de la néonatalité à la fin de vie et, qu'à ce titre, il s'agit véritablement d'une politique régaliennne. En second lieu, pour remettre à niveau un secteur qui a besoin d'importants investissements et de moyens supplémentaires en fonctionnement, il sera possible, sur quelques exercices budgétaires, de s'appuyer sur les efforts consentis par d'autres politiques publiques.

Enfin, l'Etat assurant, via différents transferts de fiscalité, une part déterminante du financement de la branche maladie, il n'est pas incohérent que celle-ci soit votée dans le budget de l'Etat. Cette mesure justifiera, de plus fort, que ce soit le ministre chargé de la santé qui assure les négociations conventionnelles avec les acteurs de la santé. C'est le sens des dispositions de l'article 22.

Depuis quelques années, le Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie et la Cour des comptes ont produit des rapports qui démontrent que la prise en charge des dépenses de santé des Français entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les assurances maladie complémentaires (AMC) tend à devenir de moins en moins redistributive, de moins en moins juste, conduisant un nombre, chaque année plus important, de nos compatriotes à renoncer aux soins faute de pouvoir assumer les coûts des restes à charge (RAC). La DRESS, dans une étude publiée en Février 2022, a mis en évidence le caractère redistributif de l'AMO mais aussi le caractère anti-redistributif des AMC. Il apparaît ainsi qu'en conjuguant AMO et AMC, le RAC représente 2,8% des revenus des Français les plus modestes et 0,6% des revenus des Français les plus aisés.

La part des dépenses de santé, qui est payée directement par les ménages, est en France la plus faible de l'Union européenne et il faudrait l'augmenter encore pour réduire le déficit abyssal de l'Assurance maladie. Mais, dans cette hypothèse, le RAC des ménages les plus modeste serait excessif et pousserait nombre d'entre eux hors du soin. Les dispositifs actuels visant à l'atténuer (ALD, tickets modérateurs, franchises, complémentaire santé solidaire (CSS), etc...) sont devenus trop complexes et aux effets insuffisants.

Les articles 23 et 24 instituent et mettent en œuvre le plafonnement du reste à charge (PRAC), dont les principes de construction sont les suivants :

- Les tickets modérateurs, forfaits et franchises actuels sont remplacés par un ticket modérateur à taux unique en médecine de ville et une franchise journalière à l'hôpital.
- Les dispositifs destinés à en atténuer l'impact social (ALD, panier « 100% santé », etc...) sont supprimés et remplacés par le PRAC laissé par l'AMO sur une année qui ne peut être supérieur à un pourcentage du revenu annuel de l'assuré, fixé chaque année par le Parlement dans la loi de finances au titre de la « mission santé ».
- Si le PRAC vient à être dépassé en cours d'année, les dépenses de santé ultérieures seront remboursées à 100% jusqu'au 31 Décembre de l'année en cours.
- Le revenu de chaque assuré social sera transmis par les services fiscaux aux caisses d'assurance maladie, à l'instar du dispositif existant pour les allocations familiales.

Article 22 :

L'article LO.111-3-1 du Code de la sécurité sociale est complété par un article LO.111-3-1-1 rédigé comme suit :

« Article LO.111-3-1-1 – A compter de la loi de finances pour 2025, les recettes et les dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale et des organismes qui lui sont rattachés sont votées et comptabilisées dans la « mission santé » de la loi de finances. »

Article 23 :

L'article L. 160-14 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« Article L. 160-14 – II. – Les tickets modérateurs, franchises et forfaits existants sont remplacés par un ticket modérateur à taux unique en médecine de ville et une franchise journalière à l'hôpital.

« III. – Les dispositifs destinés à atténuer l'impact social du reste à charge et notamment le dispositif des affections de longue durée (ALD) et celui du « 100% santé » sont également supprimés.

« IV. – Il est institué un dispositif de plafonnement du reste à charge (PRAC).

« V. – Le PRAC correspond au reste à charge laissé à un assuré social par l'assurance maladie obligatoire qui ne peut être supérieur à un pourcentage du revenu annuel du foyer fiscal de l'assuré, voté chaque année par le Parlement dans la loi de finances.

« VI. Lorsqu'en cours d'année ce pourcentage vient à être dépassé, les dépenses de santé ultérieures sont remboursées, sans avance de frais pour l'assuré, à 100% du tarif de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre. »

Article 24 :

La section 4 du chapitre préliminaire du titre VI du Livre I du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 160-19 rédigé comme suit :

« Article L. 160-19 – I. – Les informations nécessaires à la détermination du plafond prévu au V de l'article L. 160-14 peuvent être obtenues par les organismes d'assurance maladie selon les modalités de l'article L. 114-14.

« II. – La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'assuré aux sanctions et pénalité prévues à l'article L. 114-17. Il perd également le bénéfice des dispositions de l'article L. 160-14.

« III. – Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article, les assurés les communiquent aux organismes d'assurance maladie.

« IV. – Ces organismes contrôlent les déclarations des assurés, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants, les personnes à charge, leurs ressources. Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques qui sont tenues de les leur communiquer.

« V. – Les informations demandées aux assurés, aux administrations et aux organismes susmentionnés sont limitées aux données strictement nécessaires à la détermination du plafond prévu au V de l'article L. 160-14.

« VI. – Les personnels des organismes d'assurance maladie sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. ».

Article 25 :

« Les charges qui viendraient à être créées pour l'Etat ou pour les organismes de sécurité sociale par l'effet des dispositions de la présente loi de programmation en santé sont compensées par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »