

## **Projet de loi portant sur l'organisation et la transformation du système de santé**

### **Commentaires et propositions de MG France**

#### **A. Commentaires MG France**

### **Titre 1 - Décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé**

#### **Chapitre 1 - Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie**

##### **Article 3 – Recertification (habilitation pour ordonnances)**

Un amendement du Gouvernement ([2048](#)) l'élargit aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes et pédicures-podologues sur demande de leur part. La durée de l'habilitation est adaptée à 1 an pour les médecins et 2 ans pour les autres professions afin de permettre au Gouvernement de conduire les concertations nécessaires avec chacune des professions

**Commentaire MG France : La recertification ne peut s'appliquer à la seule profession médicale.**

**Cet amendement est logique – Accord de MG France**

##### **Article 3bis - Adapter formations médicales initiale et continue aux évolutions technologiques, en fonction des besoins des patients et afin d'améliorer leur prise en charge**

« Après le mot : « initiale », la fin du 10° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « et continue, les effectifs des professionnels de santé et leur exercice professionnel, en prenant en compte notamment la prospective en matière de technologies et leurs implications pour ces professionnels ; ».

**Commentaire MG France : Le développement rapide des innovations technologiques impose une adaptation des flux d'étudiants en médecine aux nouveaux besoins. Ceci nécessite d'identifier rapidement les évolutions en cours et les effectifs attendus pour chaque spécialité médicale, médecine générale incluse.**

**Accord MG France**

#### **Chapitre 2 - Faciliter les débuts de carrières et répondre aux enjeux des territoires**

##### **Article 5bis – Zonage ARS par profession et par spécialité ou groupe de spécialité médicale**

**Commentaire MG France : La spécialité médecine générale est la seule à avoir fait l'objet d'un zonage par les ARS. Toutes les spécialités médicales sont touchées par la crise démographique.**

**Accord MG France**

## Titre 2 - Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires

### Chapitre 1 - Promouvoir les projets territoriaux de santé

#### Article 7C – Définition de l'équipe de soins spécialisés

**Commentaire MG France :** *La création d'équipes de soins spécialisés doit permettre d'organiser une prise en charge des patients coordonnée avec les équipes de soins primaires dans les territoires de santé, en organisant le parcours des patients en fonction des priorités liées à leur état de santé. Ces équipes de soins ne doivent pas se substituer aux équipes de soins primaires et devraient s'inscrire naturellement au sein des CPTS.*

**Avis MG France :** *vigilance quant à la rédaction finale de l'article, conserver le cadre territorial d'organisation est important.*

#### Article 7 – Création du projet territorial de santé – CPTS

##### Conseil territorial de santé et projet territorial de santé

- *Alinéa 12 :* « Les projets de santé des CPTS s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent. »

**Commentaire MG France :** *Il convient de respecter la priorité donnée aux projets des acteurs libéraux de santé dans les CPTS.*

**Avis MG France :** *suppression de cet alinéa.*

- *Alinéa 14 à 21 :* Champ de compétences de la CPTS

**Commentaire MG France :** *La loi de modernisation du système de santé crée les CPTS. La négociation conventionnelle en cours a pour but de décrire leurs missions avec précision, sans que le cadre réglementaire ne prenne le pas sur cette négociation.*

**Avis MG France :** *suppression de ces alinéas.*

- *Alinéa 23 (amendements [1560](#))*

**Commentaire MG France :** *Cette validation ne peut avoir pour but que de vérifier la conformité du projet de santé de la CPTS avec le cadre général du projet régional de santé, et de s'assurer de la cohérence de son territoire géographique avec celui des autres CPTS. Il ne doit en aucun cas s'agir d'un examen de passage qui viendrait compliquer la tâche des porteurs de projet.*

*Le projet de santé de la CPTS est réputé validé par le directeur de l'ARS, sauf opposition de sa part.*

**Accord MG France**

- *Après l'alinéa 23 (amendement [1075](#))*

« Le déploiement des CPTS repose sur l'adhésion et le volontariat des professionnels de santé. »

**Accord MG France**

##### **Après l'article 7 (amendement [762](#))**

« Dans le cadre d'un protocole conclu au sein d'une structure d'exercice coordonné mentionnée aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir, en l'absence de prescription médicale, les actes de soins en masso-kinésithérapie dont la liste est fixée par décret, sauf en cas d'indication contraire du médecin. »

2° La deuxième phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. ».

**Commentaire MG France :** *La loi ne peut fixer à l'avance la manière de s'organiser des professionnels sur leurs territoires.*

**Avis MG France :** *Suppression de l'amendement.*

### Article 7Bis – L’infirmier ou l’infirmière est autorisé à adapter la posologie pour certains traitements dans le cadre d’un protocole inscrit dans le cadre d’un exercice coordonné

*Commentaire MG France : L’adaptation par une infirmière de la posologie d’un médicament est possible de manière concertée dans le cadre d’un protocole de soins établi entre professionnels qui se connaissent et qui ont décidé conjointement la mise en place de ce protocole. Celui-ci relève d’une ESP, d’une MSP ou d’un centre de santé. La loi ne peut fixer à l’avance la manière de s’organiser des professionnels sur leurs territoires.*

*Avis MG France : Suppression de l’article.*

### Article 7Quater – Pharmacien correspondant – Renouvellement périodique des traitements chroniques

*Commentaire MG France : L’identification d’un pharmacien peut faciliter la création d’équipes de soins autour d’un patient. Il n’y a pas lieu de modifier l’article L5125-2-1 A du code de la santé publique qui prévoit déjà les conditions de renouvellement des traitements chroniques.*

*Avis MG France : Suppression de l’article*

### Article 7 Quinquies – Délivrance de médicaments par le pharmacien sans prescription médicale

*Commentaire MG France : L’application par un pharmacien d’un protocole de soins est possible de manière concertée entre professionnels qui se connaissent et qui ont décidé conjointement la mise en place de ce protocole. Celui-ci relève d’une ESP, d’une MSP ou d’un centre de santé. La loi ne peut fixer à l’avance la manière de s’organiser des professionnels sur leurs territoires. Elle ne doit pas non plus décider du thème et du périmètre de ces protocoles.*

*Avis MG France : Suppression de l’article*

#### Voir annexes

- CP MG France - Pour MG France, le pharmacien n'est pas le "remplaçant" du médecin traitant – 28 février 2019
- CP MG France - MG France défend la médecine générale et la sécurité des soins – 8 mars 2019
- CP MG France - Délivrance des médicaments : MG France met en garde les patients – 14 mars 2019

### Article 7Sexies – Prescription d’un autre médicament par le pharmacien en cas de rupture de stock

*Commentaire MG France : La substitution du médicament par un autre requiert aujourd’hui l’avis du médecin prescripteur. Il n’y a pas lieu de modifier cette disposition.*

*Avis MG France : Suppression de l’article.*

### Article 7Septies – Désignation d’un médecin traitant par la CPAM en zones sous-denses

*Commentaire MG France : Comme l’a souligné le directeur de l’Assurance Maladie, cette mesure introduit une rupture dans les modalités de contractualisation entre patients et médecins, celle-ci ne relevant plus du libre choix mutuel mais de l’obligation. Si elle était imposée aux professionnels, cette mesure serait un frein à l’installation des médecins en zones sous-dotées puisqu’ils y trouveraient des contraintes supplémentaires. Elle inciterait les médecins généralistes en exercice dans ces zones en tension à cesser plus rapidement leur activité en raison d’une pression intolérable sur leur niveau d’activité.*

*Cette mesure répond à une demande légitime de la population, mais les moyens apportés pour répondre à cette demande sont contre-productifs. Les négociations conventionnelles en cours sur les assistants médicaux et sur les CPTS doivent donner aux médecins les moyens leur permettant d’assurer la mission essentielle d’accès à un médecin traitant dans tous les territoires.*

*Avis MG France : suppression de l’article.*

#### Voir annexes

- CP MG France - MG France refuse que les généralistes soient condamnés aux travaux forcés – 14 mars 2019

## Chapitre 2 - Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

### Article 8 – Hôpitaux de proximité : redéfinir les missions et les modalités de gouvernance (habilitation pour ordonnances)

- **Amendement du Gouvernement (2063) pour remplacer la dernière phrase de l'alinéa 2** par « 2° Favorisent en liaison avec leur médecin traitant la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie ; »

**Avis MG France : Avis favorable**

- **Amendements 564 et 1247 : Etablissements de santé de proximité**  
Substituer aux mots « hôpitaux les mots « établissements de santé de proximité »

**Commentaire MG France : La notion d'« établissement public de santé » a été introduite par la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 pour remplacer l'expression d'« hôpitaux et hospices publics ».**

**Le rapport du HCAAM publié en juin 2018 sur la transformation du système de santé a plaidé pour la création d'établissements de santé communautaires de proximité. « Les missions de ces structures en continuité de la prise en charge des médecins de ville lors de situations de rupture nécessitant un plateau technique léger (radiologie, biologie) et /ou un hébergement sont spécifiques. Ils seront animés et gérés par des médecins généralistes, en lien direct avec le secteur ambulatoire notamment les CPTS. L'admission des patients serait facilitée par un lien direct entre leur médecin traitant et le médecin généraliste de l'établissement afin de fluidifier les parcours des patients notamment des personnes âgées. »**

**Les hôpitaux dans leur majorité gèrent des situations graves et/ou compliquées, ils privilégient les explorations complémentaires et le recours au plateau technique lourd afin d'aboutir à un diagnostic étiologique.**

**Identifier un niveau intermédiaire spécifique type établissement de santé de proximité en lieu et place de la dénomination hôpital de proximité permet de clarifier les niveaux de recours au sein de l'organisation du système de santé, et donne de la visibilité dans le parcours de soins en cohérence avec la gradation des niveaux de recours ambulatoires (ESP - MSP - CDS - CPTS) et hospitalier.**

**Avis MG France : Avis favorable.**

## Titre 3 - Développer l'ambition numérique en santé

### Chapitre 3 - Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

#### Article 13 – Télésoin

##### Amendement [700](#)

Après l'alinéa 11, insérer l'alinéa suivant :

« Le pharmacien ou l'auxiliaire médical réalisant une activité de télésoin informe, par écrit, le médecin traitant du patient des soins réalisés et de la prescription délivrée. »

**Commentaire MG France : Les télésoins ne peuvent se développer sans que le médecin traitant ne dispose des informations médicales nécessaires au suivi médical du patient.**

**Avis MG France : Avis favorable.**

#### Article 14 - Obligation de transmission électronique des arrêts de travail

**Commentaire MG France : Les professionnels ne peuvent être tenus pour responsables des retards pris par les éditeurs de logiciels ou par les organismes d'assurance maladie à mettre à leur disposition des services efficaces.**

**Avis MG France : suppression**

## TITRE 4 - MESURES DIVERSES

### Chapitre 2- Mesures de sécurisation

#### Article 19Ter – Protocoles de coopération

##### Alinéas 11 à 24 – Protocoles nationaux

##### Proposition d'ajout à la section 2 qui traite des protocoles nationaux :

Le comité est composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'Union nationale des caisses de l'assurance-maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ainsi que des agences régionales de santé « **et des professions de santé concernées, notamment par leur Conseils Nationaux Professionnels et par des personnalités qualifiées représentant les professionnels de santé ambulatoires engagés dans l'exercice coordonné.** »

**Commentaire MG France : Avec cette section, l'initiative des protocoles est pour l'essentiel confiée aux institutions nationales. Il convient au contraire de favoriser les initiatives locales émanant des professionnels de santé libéraux. La participation des professionnels au sein du comité national est une condition nécessaire à la prise en compte de leurs besoins.**

**Avis MG France : modification**

## ***B. Communiqués de presse MG France***

---

### ***MG France est le premier syndicat des médecins généralistes.***

MG France porte une vision du médecin généraliste pratiquant une médecine centrée sur la personne dans une approche globale : biomédicale, relationnelle et systémique, environnementale.

MG France s'est fixé pour objectif de promouvoir le rôle indispensable du médecin généraliste traitant, dans un système de santé accessible à tous, solidaire et organisé.

Notre métier a profondément changé en 30 ans. Le médecin généraliste soigne de plus en plus de malades chroniques. La santé publique, le dépistage et la prévention prennent une place croissante dans son activité. La pratique du travail en équipe pluri professionnelle sur un territoire devient un cadre d'exercice de plus en plus habituel.

MG France est le syndicat des médecins traitants. Le médecin généraliste traitant est le garant et le responsable de la santé de son patient dans son parcours de soins. Ce parcours s'organise en premier lieu dans des équipes de soins primaires. Il est coordonné avec les autres acteurs de santé du territoire.

La loi qui a créé le médecin traitant ne lui a pas donné les moyens d'exercer pleinement cette responsabilité sanitaire ; elle ne lui permet pas d'apporter une réponse totalement satisfaisante aux besoins de santé de la population. Le médecin généraliste français est très sous doté par rapport à ses confrères européens. Le déficit démographique de notre profession est une des conséquences du retard d'investissement de notre pays dans ses soins primaires.

Les actions de MG France ont pour but d'améliorer les conditions d'exercice du médecin généraliste, de rendre sa profession plus attractive et d'améliorer ainsi le service rendu à la population.

[\*Pour MG France, le pharmacien n'est pas le "remplaçant" du médecin traitant – 28 février 2019\*](#)

[\*MG France défend la médecine générale et la sécurité des soins – 8 mars 2019\*](#)

[\*Délivrance des médicaments : MG France met en garde les patients – 14 mars 2019\*](#)

[\*MG France refuse que les généralistes soient condamnés aux travaux forcés – 14 mars 2019\*](#)

## ***D. Amendements proposés par MG France***

---

### **Détention du vaccin contre la grippe par le médecin journaliste**

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de son administration, du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes adultes.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins et centres de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des professionnels des régions retenues pour participer à cette expérimentation, les modalités applicables à la détention du vaccin et à la traçabilité ainsi que les modalités d'évaluation et de financement.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement

#### **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Le présent amendement vise à expérimenter pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de l'administration du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes visées dans les recommandations du calendrier vaccinal (femmes enceintes, personnes en affection de longue durée, personnes âgées de plus de 65 ans...).

En effet, les chiffres de la précédente campagne de vaccination contre la grippe saisonnière montrent que la couverture vaccinale est toujours insuffisante : seuls 48,3% des 10 962 296 personnes ayant reçu le bon de prise en charge.

Plusieurs freins sont identifiables pour expliquer la faiblesse de cette couverture vaccinale, au premier rang desquels le parcours de soins du patient. Actuellement, après avoir reçu le bon de vaccination anti-grippale, le patient concerné doit encore se rendre chez son pharmacien pour la délivrance du vaccin puis doit recevoir l'injection par un autre professionnel. Dans le cadre de l'expérimentation, il pourra consulter directement le professionnel qui le vaccinera.

## Protection sociale des médecins - Accès à un revenu de remplacement pour les médecins libéraux pendant le délai de carence des indemnités journalières de la CARMF

L'ordonnance du 12 juin 2018 a procédé au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants.

Il est proposé la création d'un **un article L646-6 du code de la sécurité sociale** du Chapitre 6 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maternité, décès) :

### **RAPPEL DES DISPOSITIONS CONCERNANT LES PAMC dans le code de la santé publique sous leur nouvelle codification :**

#### **Article L646-1 (Ancien L722-1)**

« Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre est applicable :

1°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-5 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;

2°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention mentionnée au 1° et de la convention prévue à l'article L. 162-14 ou, en l'absence de la convention mentionnée au 1°, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;

3°) aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention conclue en application des articles L. 162-9, L. 162-12-2 ou L. 162-12-9 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnelle prévue au dernier alinéa de l'article L. 162-11.

4°) aux étudiants en médecine visés au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique qui effectuent le remplacement d'un docteur en médecine.

#### **Article L646-2 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Créé par [Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 - art. 2](#)

Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels peuvent, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 646-1, demander à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre.

Cette option intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur option conventionnelle leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle.

Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 8° de l'article L. 162-5.

Les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 646-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre au moment de leur début d'activité.

#### **Article L646-3 [En savoir plus sur cet article...](#) (Ancien L722-4)**

Créé par [Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 - art. 2](#)

Outre la cotisation mentionnée à l'article L. 621-2, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 646-1 sont redevables d'une contribution dont le taux est égal à 3,25 %.

Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :



1° Des dépassements mentionnés au 18° de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 et au 1° de l'article L. 162-14-1 ;

2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et à l'exception de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.

#### **Article L646-4 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Créé par [Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 - art. 2](#)

En cas de maternité, d'adoption, de paternité ou d'accueil de l'enfant, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 646-1 ont droit, dans les conditions mentionnées au 2° du II de l'article L. 313-1, à des allocations et indemnités attribuées selon les dispositions des articles L. 623-1, L. 623-5 et L. 646-5.

Un décret détermine les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les montants des allocations et indemnités mentionnées à cet alinéa ainsi que les durées d'attribution de ces dernières.

En cas de décès, leurs ayants droits bénéficient, dans les conditions mentionnées au 2° du II de l'article L. 313-1 et aux articles L. 361-4 et L. 361-6, du versement d'un capital correspondant à une fraction, fixée par décret, du montant du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation de l'intéressé dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3.

« En cas d'incapacité de travail,

Les prestations sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie. Elles cessent d'être accordées suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat :

1°) au cas où la convention ou l'adhésion personnelle liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet ;

2°) en cas de cessation, par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession ;

3°) pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux.

Les prestations en espèces ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.

#### **Article L646-5 [En savoir plus sur cet article...](#)(ancien L722-8-2)**

Créé par [Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 - art. 2](#)

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 321-1.

L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec les indemnités journalières versées en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 646-4.

#### **Créer un article L. 646-6 :**

*« Les praticiens et auxiliaires médicaux qui relèvent du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'incapacité temporaire de travail constatée dans les conditions prévues à l'article L. 321-1..*

*L'indemnité prévue au premier alinéa du présent article est accordée à l'expiration d'un délai déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une durée fixée par décret, pour*

chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.

Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret. »

Projet de décret simple : D722-19

« Pour l'application de l'article L. 646-6 :

1° Le point de départ de l'indemnité journalière est le quatrième jour de l'incapacité de travail ;

2° La durée maximale de la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à quatre-vingt-sept jours consécutifs ;

3° Le montant de l'indemnité journalière est égal : ... »

**Concernant le financement et les cotisations, les taux sont prévus notamment aux articles suivant :**

Section 2 : Financement - Cotisations.

**Article D722-3 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Modifié par [Décret n°2018-162 du 6 mars 2018 - art. 1](#)

I. — Le taux de la cotisation prévue à l'article [L. 722-4](#) est fixé :

1° Au niveau du taux mentionné au premier alinéa de l'article D. 621-3 pour les assurés mentionnés à [l'article L. 722-1](#) ;

2° A 3,20 % pour les assurés mentionnés aux [articles L. 722-2 et L. 722-3](#) et visés à l'article L. 131-9.

NOTA :

Conformément à l'article 7 du décret n° 2018-162 du 6 mars 2018, ces dispositions s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018.

**Article D722-4 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Modifié par [Décret n°2014-2 du 3 janvier 2014 - art. 2](#)

La cotisation annuelle due par les assurés mentionnés à l'article [L. 722-1](#) est versée à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

La cotisation due par les assurés mentionnés aux articles [L. 722-2 et L. 722-3](#) est précomptée sur les arrérages de l'allocation de vieillesse dont ils sont titulaires dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce même arrêté fixe les conditions dans lesquelles la cotisation ainsi précomptée sera versée à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

**Article D722-10 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Créé par [Décret 85-1354 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985](#)

Les praticiens et auxiliaires médicaux qui relèvent, au titre d'une activité salariée ou assimilée, du régime général de sécurité sociale ou d'un régime spécial prévu à l'article L. 711-1 sont redevables de la cotisation prévue à la présente section.

## Solliciter le médecin du travail lors d'un arrêt de travail de plus de 3 mois

**L'Article L323-4-1 du code de la sécurité sociale figurant dans la Partie législative, Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général, Titre 2 : Assurance maladie, Chapitre 3 : Prestations en espèces dispose :**

*« Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »*

Il est proposé les modifications suivantes :

***« En cas d'interruption de travail de plus d'un mois, le médecin traitant ou le médecin-conseil peuvent saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail. Lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin-conseil en informe préalablement le médecin traitant. Dans tous les cas, l'assuré est également informé.***

Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant ~~peut~~ **doit** solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »

### EXPOSÉ DES MOTIFS

Ce cadre légal permettrait d'une part de mieux prévenir la désinsertion professionnelle dès qu'il existe des signes évoquant un risque pour le salarié de ne pas pouvoir reprendre son travail rapidement.

Il s'agirait d'autre part, en rendant la saisine de la médecine du travail obligatoire, de rendre plus systématique le travail de prévention, d'adaptation de poste, de reclassement, de réorientation ou de formation afin que les arrêts de plus de trois mois ne se prolongent pas au détriment de l'ensemble des acteurs, assurés, entreprises, assurances sociales....

## Article 8 - Projet de loi portant sur l'organisation et la transformation du système de santé

### ARTICLE 8

Substituer aux mots "hôpitaux de proximité" les mots "établissements de santé de proximité".

### EXPOSÉ DES MOTIFS

La notion d'« établissement public de santé » a été introduite par la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 pour remplacer l'expression d'« hôpitaux et hospices publics »

Le rapport du HCAAM publié en juin 2018 sur la transformation du système de santé a plaidé pour la création d'établissements de santé communautaires de proximité. Les missions de ces structures en continuité de la prise en charge des médecins de ville lors de situation de rupture nécessitant un plateau technique léger (radiologie, biologie) et/ou un hébergement sont spécifiques -Ils seront animés et gérés par des médecins généralistes, en lien direct avec le secteur ambulatoire notamment les CPTS . L'admission des patients serait facilitée par un lien direct entre leur médecin traitant et le médecin généraliste de l'établissement afin de fluidifier les parcours des patients notamment des personnes âgées.

Les hôpitaux dans leur majorité gèrent les situations graves et/ou compliquées, ils privilégient les explorations complémentaires et le recours au plateau technique lourd afin d'aboutir à un diagnostic étiologique.

Identifier un niveau intermédiaire spécifique type établissement de santé de proximité en lieu et place de la dénomination hôpital de proximité permet de clarifier les niveaux de recours au sein de l'organisation du système de santé, et donne de la visibilité dans le parcours de soin en cohérence avec la gradation des niveaux de recours ambulatoires (ESP - MSP - CDS - CPTS) et hospitalier.