



Paris le, 15 avril 2009

PROJET DE LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS PRESENTES AU SENAT

Par le Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs

AMENDEMENT N°1

Rédaction d'un article additionnel

Article 14-1 bis (nouveau)

Le chapitre 1er du titre II du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi complété par un alinéa 59 :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Masseurs Kinésithérapeutes » ;

2° Après l'article L. 4321-59, il est inséré un article L. 4321-59-1A ainsi

Rédigé en conformité avec l'article R4321-59 du code de déontologie :

« *Art. L. 4321-59-1A.* – Dans les conditions définies par le présent code, les masseurs kinésithérapeutes :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours dans des domaines définis et précisés par décret ;

« 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

« 3° Participent au service public de la permanence des soins ;

« 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

« 5° Participent à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;

« 6° Peuvent proposer des prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, notamment en contribuant à l'éducation pour la santé, en réalisant ou en participant à des actions de prévention ou de dépistage.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cet alinéa 6°. »

Exposé des motifs :

Cet **article14**, rappelant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux semble dissocier pour ne pas dire discriminer les médecins des autres PS. Ainsi, il semblerait que les MK soient exclus du dispositif de premier recours alors même que toutes les études et expérimentations ont montré l'intérêt collectif de la consultation en premier recours du MK notamment sur le plan démographique et que le texte stipule que ***l'offre de soins de premier recours comporte l'ensemble des professionnels susceptibles de répondre aux besoins de proximité de nos concitoyens...et doit inclure DES spécialistes et LES paramédicaux.*** En conséquence, il paraît opportun et nécessaire cet ajout dans le texte.

AMENDEMENT N°2

Suppression d'un alinéa

Article 14 ter (nouveau)

I. – L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots :

« professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux » ;

Proposition de suppression de ce premier alinéa qui ne présente pas d'intérêt sauf à penser que les auxiliaires médicaux ne sont que des simples exécutants supplétifs aux « professionnels médicaux ». Ce caractère discriminatoire est méprisant pour les professionnels de santé concernés ainsi mis à l'index.

Rédaction d'un article additionnel

Article 15 bis (nouveau)*

I. – Après l'article L. 631-1 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 631-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 631-1-2 ». – Lorsqu'ils sont admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle d'étude en PCEMK ou ayant réussi leur concours d'entrée en institut de formation par une filière différente ou ultérieurement au cours de ces études, des étudiants peuvent signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études paramédicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation initiale, dans un territoire où le schéma visé à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

« À l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2, les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent un poste au sein d'une liste établie chaque année en fonction de la situation de la démographie médicale, par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le directeur général de l'agence régionale de santé dont ils dépendent peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur affectation. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, les affecter auprès d'une autre agence régionale de santé et ce afin de répondre à une demande urgente pour une carence précise.

« Les masseurs kinésithérapeutes ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale le double des sommes perçues au titre de ce contrat.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »

II. – L'article L. 631-1-2 du code de l'éducation est applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010.

AMENDEMENT N°4

Rédaction d'un article additionnel

VII (*nouveau*). – Le titre II du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre 92 ainsi rédigé :

« **CHAPITRE 92**

« ***Continuité des soins en médecine ambulatoire***

« *Art. L. 4321-92.* – Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Lorsque le masseur kinésithérapeute se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le masseur kinésithérapeute doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret.

« Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité de soins des masseurs kinésithérapeutes conformément à l'article R4321-92 du code de déontologie.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé s'assure, en collaboration avec le conseil départemental de l'ordre, que les organisations prévues permettent de répondre aux besoins de la population. »

Rédaction d'un article additionnel au CSS L162-1-18-1

Article 18 bis (nouveau)

Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-18 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-18. – Les assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt cinq ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation à visée préventive, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais.

« Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en oeuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir la mise en oeuvre, pour une période limitée, sous forme expérimentale au bénéfice d'une partie de la population concernée. »

Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-18-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-1-18. – Les ayants droit d'assurés âgés de huit à seize ans peuvent bénéficier chaque année d'un bilan diagnostic kinésithérapique à visée préventive, réalisée par un masseur kinésithérapeute, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais.

« Un décret fixe le contenu, les modalités, les tarifs et les conditions de mise en oeuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir la mise en oeuvre, pour une période limitée, sous forme expérimentale au bénéfice d'une partie de la population concernée en milieu scolaire par exemple. »

AMENDEMENT N°6

Modification de l'énoncé des alinéas 3, 4 et 6 suivants :

Rédaction actuelle :

Article 18

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

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses moeurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, pour tout autre motif visé au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. »

(3)« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou au conseil départemental de l'ordre professionnel compétent les faits qui permettent d'en présumer l'existence. **Lorsqu'il est saisi de ces éléments, le président du conseil départemental de l'ordre ou le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.** Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. »

(4)« **La conciliation est menée par une commission mixte de conciliation composée à parité de représentants du conseil départemental de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.**

« En cas d'échec de la conciliation, le conseil départemental transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant. »

(6)« **En cas de carence du conseil départemental, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.** »

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. S'il se dégage de sa mission, le professionnel de santé doit alors en avertir le patient et transmettre au professionnel de santé désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Nouvelle rédaction :

(3)« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou au conseil départemental de l'ordre professionnel compétent les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Lorsqu'il est saisi de ces éléments, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe sans délai (*si la profession est dotée d'un Ordre*) le Conseil départemental de l'Ordre ; ce dernier lui en accuse réception, en informe aussitôt le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. ~~Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.~~»

(4)« La conciliation est menée par la commission de conciliation du conseil départemental de l'ordre professionnel concerné.

(6)« En cas de carence du conseil départemental, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie s'en réfère directement auprès du Conseil Régional ou Interrégional de l'Ordre concerné et peut saisir la Chambre disciplinaire de première instance par une plainte déposée à l'encontre du masseur kinésithérapeute. »

Exposé des motifs :

Il n'appartient pas au directeur de la Caisse de sanctionner les masseurs kinésithérapeutes qui pratiqueraient une discrimination dans l'accès aux soins ou qui exposeraient les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. En effet, ces faits sont des manquements aux règles déontologiques et doivent relever du seul champ du Conseil de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes.

Au sujet de l'Ordre, il est précisé « *s'il existe* » car toutes les professions de santé n'en étant pas dotée, il appartient au directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie, en cas d'absence d'ordre, d'assumer pleinement cette tâche.

La phrase relative aux preuves obtenues au moyen de patients – testeur est barrée. Les professionnels de santé et leurs représentants qui dans leur immense majorité ne procèdent à aucune sélection de leur patient quelque puisse en être le motif sont affectés par cette possibilité de mise en place de « testing » dignes de « boîtes de nuit ».

Cette disposition met les professionnels de santé en situation d'insécurité et risque à terme de mettre en place un climat de méfiance entre soignés et soignant.

Il n'est pas sûr que cela soit, à terme, à l'avantage du patient.

AMENDEMENT N° 7

Rédaction de quatre alinéas additionnels à l'article L.4321-17 du CSP

L'alinéa 2 de l'article L. 4321-17 du code de la santé publique tel qu'ainsi rédigé :

« Il organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec la Haute Autorité de santé. Dans ce cadre, le conseil régional a recours à des professionnels habilités à cet effet par le conseil national de l'ordre sur proposition de la Haute Autorité de santé. »

est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

«— Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue à terme une obligation pour les masseurs kinésithérapeutes à parution du décret le spécifiant.

« Ce décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

1° Les masseurs kinésithérapeutes satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre après avis de l'Ordre et de la HAS;

2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, indépendant et paritaire composé de délégués des syndicats représentatifs de la profession et des représentants de l'ordre agréés les actions ou organismes intervenant dans ce champ.

«Les Conseils régionaux et interrégionaux de l'Ordre, en liaison avec les Conseils départementaux, s'assurent du respect par les masseurs kinésithérapeutes de leur obligation de développement professionnel continu, défini par décret.

« Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux masseurs kinésithérapeutes salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par décret. »

AMENDEMENT N° 8

Rédaction d'un article additionnel au CSP : L1434-6-2

Après l'article nouveau L1434-6-1 est ajouté un article L1434-6-2 ainsi rédigé :

« Art. L1434-6-2. – Pour les masseurs kinésithérapeutes, le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement bas.

« Afin de lutter contre la désertification de ces zones, l'Etat met en place des mesures incitatives à l'installation en coopération avec les ARS.

« Des zones franches médicales sont créées et en échange d'un contrat d'engagement à l'installation, une exonération totale des charges sociales et fiscales est accordée pour la durée de l'installation qui ne peut être inférieure à une durée fixée par décret.

« De plus, d'autres mesures incitatives pourront être mises en place avec la possibilité pour une commune, un département ou une région de parrainage d'un ou plusieurs étudiants en Masso kinésithérapie en échange d'un engagement futur d'installation dans une zone définie par contrat.

Ce parrainage peut être financier (prise en charge du coût des études), logistique (aide matérielle à l'installation) ou revêtir tout autre aspect dans le respect des textes législatifs et réglementaires.

En cas de non respect des obligations contractuelles, le masseur kinésithérapeute s'engage à rembourser les sommes qu'il aura perçues sous une forme de contribution forfaitaire annuelle fixée ab initio par décret.

Exposé des motifs :

Il faut proposer la mise en place de zones franches médicales exonérées de toutes charges et impôts pour inciter les gens à s'éloigner des zones urbaines et accepter de voir notamment l'un des salaires du foyer fiscal disparaître car il n'est pas sûr que le conjoint retrouve un emploi dans ces zones en lutte contre la désertification tant sur le plan humain, que social, culturel, logistique mais aussi des transports et autres activités de loisirs.

Ces mesures incitatives plutôt que coercitives sont plus à même d'obtenir un intérêt auprès des candidats. Le caractère volontaire non forcé de cette aide à l'installation peut être envisageable à titre expérimental pour la profession de masseur kinésithérapeute.

De plus ce n'est pas aux professionnels de santé de payer le choix de vie actuel d'une vie urbaine à tout prix, quand dans le même temps l'Etat est le premier à désertifier les campagnes en fermant les Postes ou les écoles par exemple.

Enfin, pourquoi vouloir à tout prix être coercitif allant de l'amende à la mise en cause de la liberté d'installation quand seuls 3 % des Français sont à plus de 10 minutes d'un pôle de prise en charge médicale de premier recours.

Suppression de l'article 17 ter

Article 17 ter (nouveau)

La présente disposition prévoit que le directeur de l'UNCAM fixe, au 1er septembre 2009, le montant de la contribution forfaitaire pour les feuilles de soins papier.

Avant cette date, les Conventions peuvent définir des dérogations à l'obligation de télétransmettre, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, produits ou de prestations remboursables, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels.

Exposé des motifs :

La télétransmission est déjà une obligation depuis 2000 pour les masseurs kinésithérapeutes. Toutes les dispositions techniques et juridiques en rapport avec cette télétransmission ne sont pas réunies. Cet aspect d'ordre conventionnel uniquement ne doit pas être mis en avant dans la loi sauf à l'assortir une fois de plus de mesures incitatives nouvelles financières ou matérielles afin de rendre les taux de télétransmission plus efficaces. Cet article sanction, ne prévoit pas non plus les cas particuliers liés à des types d'activité particuliers (domiciles...) ou des situations particulières (âge...).

AMENDEMENT N° 10

Suppression de l'alinéa nouveau de l'Article 19 sexies (nouveau)

Article 19 sexies (nouveau)

*II. – L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article. »*

Exposé des motifs :

Cet article autorise l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) à contrôler les professionnels de santé et pour l'exercice de leur mission, à avoir libre accès aux cabinets d'exercice libéral.

En l'état, ce n'est pas admissible de pouvoir être contrôlé par une structure représentant l'Etat dans nos cabinets libéraux. Cet alinéa doit être supprimé sous peine de déviance d'une politique de santé libérale vers une politique de santé étatisée.

Demande d'éclaircissements et crainte

« Schéma régional d'organisation des soins

« Art. L. 1434-6. – Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes.

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine les zones de mise en oeuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Il s'assure de la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Art. L. 1434-7. – Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

« 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;

« 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

« 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.

« Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 2° et 3° doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Exposé des motifs de la crainte :

La mise en place d'un schéma régional d'organisation des soins ambulatoires SROSA, même s'il est non opposable pour l'instant, débouchera à terme sur une opposabilité comme l'a été le SROSS hospitalier. C'est ce que nous lisons entre les lignes de cet article additionnel.

Or les cabinets ambulatoires de ville sont pour la plupart des structures légères, de professionnels de santé exerçant individuellement, qui exigent souplesse et adaptabilité. L'opposabilité de ce SROSA instituerait de fait un système rigide, de gestion très difficile, mettant en péril la viabilité de ces cabinets libéraux représentant plus de 80% de l'offre de soins de ville.

**CONVENTION NATIONALE OU CONTRATS INDIVIDUELS ?
PROGRES OU DERIVE ?**

« Section 2

« **Contractualisation avec les offreurs de services en santé**

« Art. L. 1435-3. – L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé ou les collectivités territoriales est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art. L. 1435-4. – L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé.

« Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui leur est associée, qui peut être liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service ou le réseau concerné. Le contrat d'amélioration des pratiques en santé est conforme au contrat-type national, lorsqu'il existe, élaboré par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence de contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

Exposé des motifs :

Cet article 26 prévoit que l'ARS puisse proposer aux professionnels de santé d'adhérer à un contrat individuel fixant des engagements à remplir en l'échange de contreparties financières.

Il est irresponsable de ne pas croire que ce contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux, remplace à terme les conventions nationales paritairement négociées par professions.

En l'absence de contrat type national (convention nationale paritaire négociée avec les syndicats signataires et représentatifs), aucun contrat individuel ne saurait être signé, sous peine de contourner le système conventionnel national et de sombrer dans une médecine étatique selon un modèle anglo saxon que nous ne voulons pas.

L'ARS n'a pas à déterminer les rémunérations des professionnels de santé participant à la permanence des soins qui sont fixées conventionnellement et nationalement par la Convention et qui ne peuvent être variables d'une région à l'autre. Si cet aspect discriminatoire régional venait à être mis en place, l'Etat en prendrai toutes les responsabilités et ce dossier immédiatement transmis à la CEDH.

AMENDEMENT N° 13

Représentation des professions de santé libérales URPS et Cotisation obligatoire

« Art. L. 4031-4. – Les unions régionales des professionnels de santé perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 4031-3. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

« Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs :

Cette nouvelle structure pour laquelle la contribution de chaque professionnel est obligatoire est perçue comme une nouvelle structure intermédiaire entre les professionnels, les syndicats, les Ordres, l'UNCAM, les représentants de l'Etat (DDASS, DRASS...).

Chaque nouvelle cotisation à caractère obligatoire engendre une incompréhension assortie d'une injustice et d'une partialité amenant au raz le bol.

Quels seront les besoins financiers d'une telle structure (matériel et logistique, frais de structure, indemnisation des élus...)? A quoi cela va-t-il servir si ce n'est à concurrencer des structures déjà présentes et organisées? Le montant de la cotisation sans toutefois pouvoir excéder 0,5% de plafond annuel des cotisations de sécurité sociale peut aller jusqu'à 180 euros pour les masseurs kinésithérapeutes en sus des 280 euros de cotisation ordinale obligatoire et d'une cotisation syndicale volontaire bien que facultative.

**N'est ce pas la cotisation de trop qui en filigrane laisse envisager
la mort programmée des syndicats ?**