

PROJET DE LOI

adopté

le 5 juin 2009

N° 88  
**S É N A T**

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

---

---

## PROJET DE LOI

MODIFIÉ PAR LE SÉNAT

*portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la  
santé et aux territoires.*

*Le Sénat a modifié, en première lecture, le projet  
de loi, adopté par l'Assemblée nationale en première  
lecture après déclaration d'urgence, dont la teneur  
suit :*

---

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (13<sup>ème</sup> législ.) : 1210, 1441, 1435 et T.A. 245.**

**Sénat : 290, 380 et 381 (2008-2009).**

TITRE I<sup>ER</sup>

**MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**Article 1<sup>er</sup> A**

*(Supprimé)*

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Missions des établissements de santé**

**Article 1<sup>er</sup>**

I. – L'article L. 6111-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-1.* – Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile. Le domicile peut être un établissement avec hébergement régi par le code de l'action sociale et des familles.

« Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.

« Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

II. – L'article L. 6111-2 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-2.* – Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

« Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament, en particulier des génériques, et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »

III. – (*Non modifié*)

IV. – Les articles L. 6112-1, L. 6112-2 et L. 6112-3 du même code sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 6112-1.* – Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

« 1° *bis (nouveau)* La prise en charge des soins palliatifs ;

« 2° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

« 2° *bis (nouveau)* La recherche ;

« 3° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

« 4° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

« 5° (*Supprimé*) ;

« 6° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

« 7° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

« 8° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

« 9° Les actions de santé publique ;

« 10° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;

« 11° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

« 12° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

« 13° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

« *Art. L. 6112-2.* – Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :

« – les centres de santé et les maisons de santé ;

« – l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

« – le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil des ministres ;

« – les groupements de coopération sanitaire ;

« – les autres personnes titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ;

« – les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

« Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

« La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires. Elle fait l'objet au préalable d'une concertation avec les praticiens de l'établissement.

« Les missions de service public qui, à la date de publication de la présente loi, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné font l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« *Art. L. 6112-3.* – L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

« 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 ;

« 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Les garanties mentionnées aux 1° et 3° sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

« Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public. »

V. – Après l'article L. 6112-3 du même code, il est inséré un article L. 6112-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6112-3-1.* – Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3.

« Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

« Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L. 6146-2 du présent code et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1 du même code sont ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Le premier alinéa est applicable aux centres de lutte contre le cancer. Les centres appliquent également aux assurés sociaux

les tarifs mentionnés aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale. »

*V bis (nouveau)*. – 1. L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Le Gouvernement présente avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :

« – pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;

« – pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;

« – pour tenir compte d'un niveau d'activité plus faible des établissements du fait de leur implantation géographique dans les zones à faible densité géographique, zones de revitalisation rurale ou de montagne, où leur maintien exige des crédits spécifiques au titre des actions de contractualisation ou missions d'intérêt général. »

2. Jusqu'en 2018, le rapport prévu au V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

VI. – Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6122-7 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« Elle peut également être subordonnée à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 ou à l'engagement de

mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

« L'autorisation peut être suspendue ou retirée selon les procédures prévues à l'article L. 6122-13 si les conditions mises à son octroi ne sont pas respectées. »

VI *bis* (nouveau). – Après le premier alinéa de l'article L. 6122-10 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut également être subordonné aux conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6122-7. »

VII. – (*Supprimé*)

VII *bis*. – L'article L. 6161-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5.* – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :

« 1° Les centres de lutte contre le cancer ;

« 2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé.

« Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions.

« Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

VII *ter* (nouveau). – L'article L. 6161-8 du même code est ainsi rédigé :



« *Art. L. 6161-8.* – Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une communauté hospitalière de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public. Ces accords sont conclus sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-6 et L. 1434-7 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-8. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

VII *quater (nouveau)*. – L'article L. 6161-9 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-9.* – Un établissement de santé mentionné aux *b* et *c* de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale peut être admis par le directeur général de l'agence régionale de santé à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés d'une redevance. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux missions de service public et aux activités de soins de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. »

VIII. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 6162-1 est supprimé ;

2° Le 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigé :

« 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et

les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ; »

3° À l'article L. 6162-11 qui devient l'article L. 6162-13, les mots : « particulières de » sont remplacés par les mots : « afférentes au » ;

4° Après l'article L. 6162-10, sont insérés deux articles L. 6162-11 et L. 6162-12 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6162-11.* – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° de l'article L. 6162-9 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

« Les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 sont applicables au 3° du même article.

« Les délibérations mentionnées aux 5° à 9° du même article sont soumises aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6143-4.

« *Art. L. 6162-12.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un centre de lutte contre le cancer de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

« 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

« Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois.

L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par le centre concerné. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du même code. »

#### IX. – *(Non modifié)*

X. – L'article L. 6311-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6311-2.* – Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément aux dispositions du chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.

« Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente.

« Le fonctionnement de ces unités et centres peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral.

« Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours.

« Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix. »

XI. – (*Non modifié*)

XII. – L'article L. 6323-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6323-1.* – Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

« Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

« Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif.

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la

coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

« Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

« Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

« Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire. »

XIII et XIV. – (*Non modifiés*)

XV. – Les articles L. 6161-3-1 et L. 6161-10 du même code sont abrogés.

XVI. – Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré

social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XVI, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur sont applicables.

XVII. – (*Non modifié*)

XVIII. – Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables.

XVIII *bis*. – Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XVI, les dispositions suivantes sont applicables aux établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique ou le compte financier font apparaître un déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de

produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du même code.

S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements ou services qui relèvent de la compétence tarifaire du représentant de l'État ou du président du conseil général, l'administrateur provisoire est désigné conjointement par le représentant de l'État dans le département et le directeur général de l'agence régionale de santé. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du même code.

XIX. – *(Non modifié)*

**Article 1<sup>er</sup> bis A (nouveau)**

Au premier alinéa de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, après les mots : « alternatives à l'hospitalisation », sont insérés les mots : « ou d'hospitalisation à domicile ».

**Article 1<sup>er</sup> bis**

I. – (*Non modifié*)

II. – Après l'article L. 5126-5 du même code, il est inséré un article L. 5126-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5126-5-1.* – Les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur peuvent confier à des pharmacies d'officine, dans des conditions précisées par voie réglementaire, une partie de la gestion, de l'approvisionnement, du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments non réservés à l'usage hospitalier, ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles. »

III (*nouveau*). – L'article L. 5121-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « ou à l'article L. 5126-2 » ;

2° À la première phrase du 2°, le mot : « dans » est remplacé par le mot : « par » et sont ajoutés les mots : « ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-2 ».

IV (*nouveau*). – Avant le dernier alinéa de l'article L. 5126-2 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour certaines catégories de préparations, une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut confier, par un contrat écrit, la réalisation de préparations à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Ces préparations sont réalisées en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5. »



V (*nouveau*). – L'article L. 5126-14 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les modalités d'application du 2° de l'article L. 5126-2, et notamment les catégories de préparations concernées. »

### **Article 1<sup>er</sup> ter**

Après l'article L. 6125-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6125-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6125-2.* – Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile.

« Les autres structures, entreprises et groupements constitués avant la date de publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui utilisent dans leur dénomination ou pour leur usage les termes d'hospitalisation à domicile doivent se conformer aux dispositions d'autorisation mentionnées au premier alinéa dans le délai d'un an à compter de cette date.

« Le fait de faire usage de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile en violation des dispositions du présent article est puni d'une amende de 3 750 €.

« Les personnes morales reconnues pénalement responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'alinéa précédent encourrent une peine d'amende dans les conditions prévues à l'article 131-38 du même code. »

### **Article 2**

I. – (*Supprimé*)

II. – L'article L. 6144-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6144-1. – Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

« Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

« L'établissement public de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

« Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent. »

III. – *(Non modifié)*

IV. – L'article L. 6161-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ne participant pas au service public hospitalier » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés sept alinéas ainsi rédigés :

« La conférence médicale contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le

rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale de l'établissement est consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2.

« L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

« Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.

« La conférence médicale d'établissement est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

« La conférence médicale d'établissement participe à l'élaboration de tous les contrats qui ont une incidence sur la pratique médicale de l'établissement.

« Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence médicale d'établissement doit être joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes conventions conclues par ce dernier. »

V. – Le premier alinéa de l'article L. 6113-8 du même code est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé transmettent aux agences régionales de santé, à l'État ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations

relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaires, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation. »

*V bis et V ter. – (Non modifiés)*

*V quater (nouveau).* – L'article L. 6122-4 du même code est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « dont les modalités sont fixées par décret » sont supprimés ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La visite de conformité est réalisée au plus tard six mois après la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ou la mise en service de l'équipement matériel lourd. Le maintien de la conformité est vérifié après toute modification des conditions d'exécution de l'autorisation. Le défaut de conformité peut donner lieu à l'application des mesures prévues à l'article L. 6122-13 du présent code. Les modalités de visite et de vérification de conformité sont fixées par décret. »

*V quinquies (nouveau).* – Le premier alinéa de l'article L. 6122-8 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, les autorisations d'activités de soins délivrées pour une durée indéterminée prennent fin au terme de la durée applicable en vertu du présent article. Les titulaires d'autorisation devront obtenir le renouvellement de leur autorisation dans les conditions prévues à l'article L. 6122-10. »

VI. – L'article L. 1151-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux pour

les patients » sont remplacés par les mots : « nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d’entraîner des dépenses injustifiées » ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.

« L’utilisation de ces dispositifs médicaux et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la Haute Autorité de santé, la liste de ces établissements ou précisent les critères au vu desquels les agences régionales de santé fixent cette liste.

« Les dispositions du présent article s’entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches biomédicales définies au titre II du présent livre, et à celles relatives aux autorisations, aux conditions d’implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II, III et IV du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie. »

VII. – Le dernier alinéa de l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est supprimé. Les mesures prises au titre de cet article, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent applicables.

VIII (*nouveau*). – L’article L. 165-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase, les mots : « au sein de la dotation prévue à l’article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « relevant de l’objectif de dépenses mentionné à l’article L. 162-22-9 » ;

2° La troisième phrase est complétée par les mots : « , ainsi que les modalités d'allocation du forfait aux établissements de santé » ;

3° La dernière phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et des frais d'hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé. »

IX (*nouveau*). – Le VIII entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010.

### **Article 3**

I. – (*Non modifié*)

II. – L'article L. 6114-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans. » ;

2° Le sixième alinéa est supprimé ;

3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Le contrat peut être résilié par l'agence régionale de santé en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles. » ;

4° Le huitième alinéa est supprimé ;

5° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. »

III. – L'article L. 6114-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional de l'organisation des soins défini aux articles L. 1434-6 et L. 1434-7 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-8. » ;

2° (*Supprimé*) ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;

3° *bis* Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération. » ;

4° Le cinquième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.

« Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. À défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de santé fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière. » ;

5° Au septième alinéa, le chiffre : « trois » est remplacé par le chiffre : « six ».

IV. – L'article L. 6114-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6114-3.* – Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3.

« Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12.

« Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel. »

V. – L'article L. 6114-4 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :



« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles relatives aux compétences des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale, les litiges relatifs à l'application de ces stipulations sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. » ;

2° Le second alinéa est supprimé.

### **Article 3 bis (nouveau)**

Après l'article L. 6152-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6152-8.* – Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers à titre permanent d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

« Les modalités d'application de cet article sont fixées par voie réglementaire. »

## **CHAPITRE II**

### **Statut et gouvernance des établissements publics de santé**

#### **Article 4**

I. – L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6141-1.* – Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou

national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas.

« Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. »

II. – Les premier, quatrième et dernier alinéas de l'article L. 6141-2 du même code sont supprimés.

III. – Après l'article L. 6141-2 du même code, il est inséré un article L. 6141-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6141-2-1.* – Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre :

« 1° Les produits de l'activité hospitalière et de la tarification sanitaire et sociale ;

« 2° Les subventions et autres concours financiers de l'État, des collectivités territoriales et de leurs groupements et de toute personne publique, les dotations et subventions des régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les revenus de biens meubles ou immeubles et les redevances de droits de propriété intellectuelle ;

« 4° La rémunération des services rendus ;

« 5° Les produits des aliénations ou immobilisations ;

« 6° Les emprunts et avances ;

« 7° Les libéralités, dons, legs et leurs revenus ;

« 8° Toutes autres recettes autorisées par les lois et règlements en vigueur. »

IV. – Après l'article L. 6141-7-2 du même code, il est inséré un article L. 6141-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6141-7-3.* – Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche mentionnées à l'article L. 6112-1.

« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

« Les règles applicables aux fondations d'utilité publique, prévues notamment par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des dispositions du présent article.

« Un décret en Conseil d'État détermine les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières. Il précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.

« Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé. »

## **Article 5**

I. – *(Non modifié)*

II. – L'article L. 6143-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-1.* – Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

« 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;

« 2° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

« 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

« 3° *bis (nouveau)* Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

« 4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

« 5° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

« 6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

« Il donne son avis sur :

« – la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

« – les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;

« – le règlement intérieur de l'établissement.

« Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

« À toute époque de l'année, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se

faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

« Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

« Le conseil de surveillance entend le directeur sur le budget prévisionnel ainsi que sur le programme d'investissement. »

III. – Les articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du même code sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 6143-5.* – Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« 1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant ;

« 2° Au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignés par le représentant de l'État dans le département.

« Le nombre de membres de chacun des collèges doit être identique.

« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1°. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

« Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

« Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par décret.

« *Art. L. 6143-6.* – Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est membre du directoire ;

« 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;

« 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;

« 6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

« 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé. »

IV. – (*Non modifié*)

V (*nouveau*). – L'article L. 6143-8 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-8.* – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret. »

**Article 6**

I. – L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-7.* – Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

« Le président du directoire est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il est entendu par le conseil de surveillance à sa demande ou à celle du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

« Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.



« Le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

« Le président du directoire est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

« Après avis du directoire, le président du directoire :

« 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

« 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

« 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

« 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

« 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

« 5° *bis (nouveau)* Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

« 6° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

« 7° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I<sup>er</sup> de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

« 8° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

« 9° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

« 10° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

« 11° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

« 12° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

« 13° À défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

« 14° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3.

« Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret. »

*I bis (nouveau).* – Après l'article L. 6143-7-1 du même code, il est inséré un article L. 6143-7-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-7-1-1.* – Le directeur est nommé :

« 1° Pour les centres hospitaliers universitaires, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche ;

« 1° *bis (nouveau)* Pour les centres hospitaliers régionaux, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé ;

« 2° Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance.

« Dans le cadre de sa prise de fonction, le directeur suit une formation adaptée à sa fonction et dont le contenu est fixé par décret.

« Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1. »

II. – Après l'article L. 6143-7-1 du même code, sont insérés trois articles L. 6143-7-2 à L. 6143-7-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6143-7-2.* – Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret. Il élabore, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne avec le directeur la politique médicale de l'établissement.

« *Art. L. 6143-7-3.* – Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

« *Art. L. 6143-7-4.* – Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

« Il comporte sept membres et neuf dans les centres hospitaliers universitaires :

« – le directeur, président du directoire ;

« – le président de la commission médicale d'établissement, vice-président. Dans les centres hospitaliers universitaires, il est premier vice-président, chargé des affaires médicales ; sont en outre vice-présidents un vice-président doyen, directeur de l'unité de formation et de recherche ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, et un vice-président chargé de la recherche nommé par le président du directoire sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche et du vice-président doyen ;

« – le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« – des membres nommés et, le cas échéant révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ses membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

« La durée du mandat des membres du directoire est déterminée par décret. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire. »

III et IV. – (*Non modifiés*)

V. – Les articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et L. 6143-4 du même code sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 6143-3.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

« 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

« Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« *Art. L. 6143-3-1.* – Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur général de l'agence régionale de santé place l'établissement public de santé sous administration provisoire, soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toutes autres personnalités qualifiées, désignés par le ministre chargé de la santé, lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le

plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

« Le directeur général de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine.

« Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du président du directoire, ou les attributions de ce conseil ou du président du directoire, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du président du directoire. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins. Le directeur général de l'agence peut en outre décider la suspension du directoire. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent.

« Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. À défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

« *Art. L. 6143-4.* – Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 et les actes du président du directoire mentionnés à l'article L. 6143-7 sont exécutoires sous réserve des conditions suivantes :

« 1° Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 6° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas. Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« 2° Les décisions du président du directoire mentionnées aux 1° à 9° et 11° à 14° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article ;

« 3° (*nouveau*) Les décisions du président du directoire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relatives au programme d'investissement et au plan global de financement pluriannuel mentionnées aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 sont réputées approuvées si le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget n'ont pas fait connaître leur opposition dans des délais déterminés par voie réglementaire, du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.

« Lorsque l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut l'approuver dans les conditions fixées au septième alinéa, après avis conforme des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

« Le contrat mentionné au 1° de l'article L. 6143-7 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

« L'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 sont réputés approuvés si le directeur général

de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

« Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application de l'alinéa précédent. Il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l'agence régionale de santé prises en application des articles L. 6145-1, L. 6145-2, L. 6145-3, L. 6145-4 et L. 6145-5.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article L. 6143-7, qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les motifs d'illégalité invoqués. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. »

## **Article 7**

I. – La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée :

1° À l'article 3, les trois premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'article 3 du titre I<sup>er</sup> du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées sur les emplois de directeur des établissements mentionnés à l'article 2 :



« – par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> de l'article 2, à l'exception des centres hospitaliers universitaires ;

« – par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> du même article.

« Ces personnes reçoivent une formation à l'École des hautes études en santé publique. » ;

2<sup>o</sup> Au sixième alinéa de l'article 4, après les mots : « les corps et emplois des personnels de direction », sont insérés les mots : « et des directeurs des soins », et il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur général du Centre national de gestion est l'autorité investie du pouvoir de nomination des agents nommés dans ces corps et emplois sous réserve des dispositions de l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique. » ;

3<sup>o</sup> Après l'article 9-1, il est inséré un article 9-2 ainsi rédigé :

« *Art. 9-2.* – Par dérogation à l'article 3 du titre I<sup>er</sup> du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, les fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être détachés, par le directeur général du Centre national de gestion, sur un contrat de droit public. Ce détachement est prononcé pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un de ces établissements. Les établissements placés sous administration provisoire, dans les conditions fixées à l'article L. 6143-3-1 du même code, ainsi que les centres hospitaliers universitaires sont exclus du présent dispositif.

« Le détachement est proposé et le contrat est signé :

« – par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> de l'article 2 ;

« – par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4°, 5° et 6° du même article.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° *bis (nouveau)* L'article 31 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers, certains concours peuvent donner lieu à l'établissement d'une liste d'aptitude classant par ordre alphabétique les candidats déclarés aptes par le jury ; l'inscription sur cette liste ne vaut pas recrutement. » ;

b) Le septième alinéa est complété par les mots : « ou l'ordre alphabétique dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers » ;

4° À l'article 50-1, après les mots : « Les personnels de direction », sont insérés les mots : « et les directeurs des soins » ;

5° Après l'article 65-1, il est inséré un article 65-2 ainsi rédigé :

« *Art. 65-2.* – Par dérogation aux dispositions de l'article 65, l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 et la détermination de la part variable de leur rémunération sont assurées :

« – par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements mentionnés aux 1° à 3° et 7° de l'article 2, après avis du président du conseil de surveillance ou du conseil d'administration pour les maisons de retraite publiques ;

« – par l'autorité compétente de l'État dans le département pour les directeurs des établissements mentionnés aux 4° à 6° de l'article 2, après avis du président de l'assemblée délibérante ;

« – par le directeur d'établissement pour les directeurs-adjoints. » ;

6° Au deuxième alinéa de l'article 89, les mots : « demeure à la charge de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « est assurée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, par le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 » ;

7° L'article 116 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « des personnels de direction », sont insérés les mots : « et des directeurs des soins » et les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « à la date de clôture du pénultième exercice » ;

b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le Centre national de gestion peut également assurer le remboursement de la rémunération de praticiens hospitaliers, de personnels de direction ou de directeurs des soins affectés en surnombre dans un établissement mentionné à l'article 2, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après les mots : « l'Institut national de jeunes aveugles, », sont insérés les mots : « propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination dans leur emploi des directeurs-adjoints et, le cas échéant, des directeurs des soins, » ;

2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« La commission administrative paritaire nationale compétente émet un avis sur les propositions précitées soumises au directeur général du Centre national de gestion. »

III (*nouveau*). – Après l'article L. 313-24-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-24-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-24-2.* – Le représentant de l'État ou le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes relevant de sa compétence exclusive ou conjointe mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière de conclure une convention de direction commune lorsque ces établissements n'ont pas préalablement, et à leur initiative, sollicité ce type de coopération. Cette demande, qui vise à mieux répondre aux besoins de la population et à garantir la qualité de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent, doit être motivée. Elle comprend l'avis du président du conseil général concerné lorsque la demande porte sur un établissement relevant d'une compétence conjointe. Les assemblées délibérantes des établissements concernés rendent alors un avis motivé sur cette demande dans un délai de trois mois. »

### **Article 7 bis**

*(Conforme)*

### **Article 8**

I. – L'article L. 6146-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6146-1.* – Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

« Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

« Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitalo-universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

« Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans les conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Dans les centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, après avis du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 6152-1.

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres

hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche.

« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. »

II. – L'article L. 6146-2 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6146-2.* – Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le président du directoire d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs

prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance.

« Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

III. – Les articles L. 6146-3 à L. 6146-6 et L. 6146-10 du même code sont abrogés. À l'article L. 6146-11 du même code, après les mots : « en tant que de besoin, », sont insérés les mots : « sauf disposition contraire, ». Le second alinéa de l'article L. 6112-7 du même code est supprimé.

IV. – *(Non modifié)*

V. – Après l'article L. 6161-5 du même code, il est inséré un article L. 6161-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5-1.* – Les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients peuvent recourir à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement privé de santé. Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions particulières de rémunération autres que le paiement à l'acte. »

### **Article 8 bis**

*(Conforme)*

### **Article 8 ter A (nouveau)**

À la seconde phrase du septième alinéa de l'article L. 6147-2 du code de la santé publique, les mots : « sont adaptées par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « peuvent faire

l'objet, par voie réglementaire, de dérogations en vue de les adapter ».

### **Article 8 *ter***

*(Conforme)*

### **Article 9**

I. – L'article L. 6145-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-16.* – Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés par un commissaire aux comptes.

« Cette certification est coordonnée par la Cour des comptes, dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

II. – *(Non modifié)*

### **Article 9 *bis***

I. – L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est remplacé par trois articles L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-10.* – L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur



performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux.

« *Art. L. 6113-10-1.* – Le groupement mentionné à l'article L. 6113-10 est soumis aux articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

« 1° Le président du conseil d'administration et le directeur général du groupement sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;

« 2° Outre les personnels mis à sa disposition dans les conditions prévues à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le groupement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires et des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du présent code en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.

« Il emploie également des agents contractuels de droit public et de droit privé avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

« *Art. L. 6113-10-2.* – Les ressources du groupement sont constituées notamment par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 3° Des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs. »

II. – *(Non modifié)*

**Article 10**

I. – L'article L. 6152-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 3° devient le 4°;

2° Le 3° est ainsi rétabli :

« 3° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ; ».

II. – L'article L. 6152-3 du même code est ainsi rétabli :

« *Art. L. 6152-3.* – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3°. Les médecins bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 sont dénommés cliniciens hospitaliers.

« La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession.

« Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 est fixé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1. »

III à VI. – *(Non modifiés)*

VI *bis (nouveau)*. – L'article L. 4111-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat et titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions que les praticiens dont les nationalités relèvent du 2° du présent article. »

VII. – Le I de l'article L. 4111-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. Les personnes ayant obtenu en France un diplôme interuniversitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées en France au cours des deux années précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait à l'exigence de la maîtrise de la langue française. » ;

b) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

3° Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les lauréats, candidats à la profession de chirurgien-dentiste, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la

commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Les lauréats, candidats à la profession de sage-femme, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé participant au service public. Les sages-femmes sont recrutées conformément aux dispositions du 4° de l'article L. 6152-1 du présent code dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

VII *bis* (nouveau). – Au second alinéa du I *bis* de l'article L. 4111-2 du même code, le chiffre : « deux » est remplacé par le chiffre : « trois ».

VIII. – (*Non modifié*)

### **Article 10 *bis* (nouveau)**

Le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière tient à la disposition des établissements publics de santé la liste des praticiens volontaires pour y exercer en qualité de praticiens contractuels.

### **Article 11**

I et II. – (*Non modifiés*)

III. – La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi modifiée :

1° La première phrase du premier alinéa de l'article 18 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Des commissions administratives paritaires départementales sont instituées par le directeur général de l'agence régionale de santé au nom de l'État. Il en confie la gestion à l'autorité investie du pouvoir de nomination d'un établissement public de santé dont le siège se trouve dans le département. » ;

2° La première phrase du dernier alinéa de l'article 20 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Les commissions administratives paritaires nationales sont présidées par l'autorité administrative de l'État. Les commissions administratives paritaires départementales sont présidées par le président de l'assemblée délibérante de l'établissement public de santé dont le directeur assure la gestion conformément à la seconde phrase du premier alinéa de l'article 18. »

### CHAPITRE III

#### **Favoriser les coopérations entre établissements de santé**

#### **Article 12**

I. – Le chapitre II du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

#### *« CHAPITRE II*

#### *« Communautés hospitalières de territoire*

« *Art. L. 6132-1.* – Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires.

« Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« *Art. L. 6132-2.* – La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et

approuvée par leurs conseils de surveillance, après information des comités techniques d'établissement.

« Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétente.

« Cette double approbation entraîne création de la communauté hospitalière de territoire.

« Elle définit :

« – le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires, ainsi, le cas échéant, que les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;

« – les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissements, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

« – les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

« – en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus qui seront acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

« – le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire ;

« – la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention.

« L'établissement siège est désigné par une délibération des deux tiers des conseils de surveillance des établissements représentant au moins les trois quarts des produits de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements membres. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

« La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

« La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

« Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« *Art. L. 6132-3.* – La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'État dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence ou aux agences régionales de santé compétentes.

« Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

« *Art. L. 6132-4.* – Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l’autorisation prévue à l’article L. 6122-1, l’autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l’agence régionale de santé, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

« *Art. L. 6132-5.* – En application du deuxième alinéa de l’article L. 6148-1 :

« 1° Un établissement public de santé qui transfère, en application d’une convention de communauté hospitalière de territoire, une activité de soins à un autre établissement peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, dans les conditions prévues à l’article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 2° Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l’article L. 3112-2 du même code.

« La cession ou l’échange mentionnés aux 1° et 2°, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d’aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l’agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

« *Art. L. 6132-6.* – L’application d’une convention de communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaires à l’exercice d’activités transférées entre des établissements publics de santé parties à cette convention.



« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était propriétaire des biens mis à disposition, la remise de ces biens a lieu à titre gratuit. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition assume l'ensemble des obligations du propriétaire.

« L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition est substitué à l'établissement public propriétaire dans tous ses droits et obligations à l'égard de ses cocontractants, découlant notamment des contrats conclus pour l'aménagement, l'entretien et la conservation des biens remis, ainsi qu'à l'égard de tiers.

« En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas précédents, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.

« *Art. L. 6132-7.* – La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée :

« 1° Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;

« 2° Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;

« 3° Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de non-application de la convention.

« Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1 des emplois permettant

d'exercer les activités correspondantes, ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

« *Art. L. 6132-8.* – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6132-9 à L. 6132-15.* – (*Supprimés*)

II. – 1. Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Les agences régionales de santé s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire et aux groupements de coopération sanitaire bénéficient d'un financement majoré de 15 %.

2. À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « politique sanitaire », sont insérés les mots : « , notamment la création de communautés hospitalières de territoire ».

3. L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée est ainsi modifié :

a) Le 3° du II est complété par les mots : « ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code » ;

b) Après les mots : « et groupements », la fin du premier alinéa du III est ainsi rédigée : « , de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1 ».

## Article 13

I. – Le chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

### « CHAPITRE III

#### « Groupements de coopération sanitaire

« Art. L. 6133-1. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

« Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

« 1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, d'enseignement ou de recherche ;

« 2° Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ;

« 3° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

« Ce groupement poursuit un but non lucratif.

« Art. L. 6133-2. – Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des centres de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé.

« D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque, en application de l'article L. 6321-2, un réseau de santé est constitué en groupement de coopération sanitaire de moyens, ce groupement peut être composé des personnes mentionnées à l'article L. 6121-1.

« *Art. L. 6133-3. – I. –* Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication.

« Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication.

« 1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public :

« – soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;

« – soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à ses charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public.

« 2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé :

« – soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;

« – soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à son fonctionnement proviennent de personnes de droit privé.

« Les modalités d'évaluation des apports ou des participations en nature sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« II. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur.

« *Art. L. 6133-4.* – La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet.

« Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes.

« Elle détermine, sous réserve des dispositions du présent chapitre, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement.

« L'assemblée générale des membres du groupement de coopération sanitaire de moyens est habilitée à prendre toute décision dans les conditions prévues par la convention. Elle élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en œuvre de ses décisions. L'administrateur représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

« *Art. L. 6133-5.* – Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable désigné dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.

« *Art. L. 6133-6.* – Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement, les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

« La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 du code de la sécurité sociale sont supportées par l'établissement de santé concerné.

« Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 précités, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* du même article L. 162-22-6, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.

« Les professionnels médicaux libéraux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 622-5 du même code.

« *Art. L. 6133-6-1 (nouveau)*. – Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes :

« 1° Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article L. 6143-7 ;

« 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« a) Cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur le territoire desquels les établissements membres sont implantés ;

« b) Cinq représentants du personnel médical et non-médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont trois désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

« c) Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'État dans le département.

« *Art. L. 6133-6-2 (nouveau).* – Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.

« Toutefois, lorsque l'activité exercée est une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 n'est pas applicable au financement du groupement.

« Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au *d* du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c*, soit

pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au *d* du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

« Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 précité. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au *d* du même article L. 162-22-6, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.

« *Art. L. 6133-7.* – Des mesures réglementaires prises par décret en Conseil d'État déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

II. – Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. »

III. – Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, dans des conditions fixées par décret en Conseil



d'État, soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire. Jusqu'à cette transformation, ils restent régis par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV et IV bis – (*Non modifiés*)

V. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE I<sup>ER</sup>*

« *Coordination de l'évolution du système de santé  
par l'agence régionale de santé*

« *Art. L. 6131-1.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

« 1° L'adapter aux besoins de la population et assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;

« 2° Garantir la qualité et la sécurité des soins ;

« 3° Améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, notamment lorsque la procédure décrite à l'article L. 6143-3-1 n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement ;

« 4° Améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

« *Art. L. 6131-2.* – Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé :

« 1° De conclure une convention de coopération ;

« 2° De conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;

« 3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

« Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6131-2-1 (nouveau).* – Lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou qu'un déséquilibre financier important est constaté, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un ou plusieurs établissements de santé concernés de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire.

« La demande du directeur général de l'agence régionale de santé est motivée.

« Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention.

« Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de communauté hospitalière de territoire.

« *Art. L. 6131-3.* – Lorsque la demande du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnée au premier alinéa de l'article L. 6131-2 n'est pas suivie d'effet, celui-ci peut également prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

« *Art. L. 6131-4.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

« Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le président du directoire demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration, et modifie en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

« À défaut de modification de l'état des prévisions de recettes et de dépenses dans un délai fixé par décret, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration. Il arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.

« *Art. L. 6131-5.* – Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

VI. – L'article 48 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements mentionnés à l'article 2, les fonctionnaires et agents concernés sont de plein droit mis à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités, sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil. »

### **Article 13 bis A (nouveau)**

Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase et à la seconde phrase, les mots : « participation de l'assuré » sont remplacés par les mots : « participation du patient » ;

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice des recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale. »

### **Article 13 bis B (nouveau)**

L'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par les mots : « et des structures de santé auxquelles ils participent ou qu'ils gèrent » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Assurer, sur le même champ, des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion. »

**Article 13 bis C (nouveau)**

Les articles L. 6161-4, L. 6161-6 et L. 6161-7 du code de la santé publique sont abrogés.

**Articles 13 bis et 13 ter**

*(Conformes)*

**Article 13 quater A (nouveau)**

Après l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-26-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-26-1.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au *d* de l'article L. 162-22-6 emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. »

**Article 13 quater**

*(Supprimé)*

**Article 13 quinquies (nouveau)**

Le IV de l'article 21 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, dans un secteur d'activité dans lequel un accord interprofessionnel n'a pu être signé, un décret peut, après avis de l'Autorité de la concurrence fondé sur une analyse des conditions spécifiques du secteur, prolonger cette échéance à une date ultérieure. »

**Article 13 *sexies* (nouveau)**

La première phrase de l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics est complétée par les mots : « ainsi que les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

**Article 13 *septies* (nouveau)**

Après la première phrase du sixième alinéa de l'article L. 711-1 du code de l'éducation, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« S'agissant des composantes médicales de l'université, ces contrats prennent en compte les éléments figurant dans la convention prévue à l'article L. 713-4 passée avec le centre hospitalier régional. »

**Article 13 *octies* (nouveau)**

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. »

**Article 13 *nonies* (nouveau)**

L'article L. 6142-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « préciser », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional » ;

2° Après le deuxième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Ces conventions sont élaborées en cohérence avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1, les projets d'établissements mentionnés à l'article L. 6143-2, les contrats pluriannuels d'établissement mentionnés à l'article L. 711-1 du code de l'éducation et les contrats de projets État-régions.

« Elles portent en particulier sur la politique de recherche biomédicale de l'université et les modalités de son déploiement au sein du centre hospitalier et universitaire et les modalités de participation du centre hospitalier régional et le cas échéant des autres établissements de soins à l'enseignement universitaire et post-universitaire.

« Des établissements de santé ainsi que des établissements publics à caractère scientifique et technologique ou autres organismes de recherche peuvent être associés à ces conventions pour tout ou partie de leurs clauses.

« Ces conventions sont révisées tous les cinq ans. »

### **Article 13 *decies (nouveau)***

Il est créé un comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, placé auprès du ministre chargé de la santé. Sa composition et ses missions sont définies par voie réglementaire. Il remettra un rapport au Parlement deux ans après la promulgation de la présente loi.

## **TITRE II**

### **ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ**

#### **Article 14**

I. – (*Supprimé*)

II. – Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *CHAPITRE I<sup>ER</sup> BIS*

« ***Organisation des soins***

« *Art. L. 1411-11.* – L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

« *Art. L. 1411-12.* – Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

III. – (*Non modifié*)



IV. – Au début du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« *CHAPITRE PRÉLIMINAIRE*

« *Médecin généraliste de premier recours*

« *Art. L. 4130-1.* – Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

V (*nouveau*). – Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré consulte des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique,

ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie sans prescription de son médecin traitant ou sans avoir choisi un médecin traitant. »

#### **Article 14 bis A (nouveau)**

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

#### **Article 14 bis**

Le chapitre V du titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-1-1 A.* – Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

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

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

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

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

« 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

#### **Article 14 *ter***

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 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux

orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

II. – (*Supprimé*)

**Article 14 quater**

Après l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *ter* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III TER

« **Pôles de santé**

« Art. L. 6323-4. – Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

« Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

**Article 14 quinquies A (nouveau)**

Après le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *quater* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III QUATER

« **Dotation de financement des services de santé**

« Art. L. 6323-5. – Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat

mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. »

### **Article 14 quinquies**

*(Conforme)*

### **Article 15**

I. – *(Supprimé)*

II. – L'article L. 632-2 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-2.* – Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes

d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.

« Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent leur choix au sein d'une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles les postes d'internes sont attribués à ces élèves.

« Des décrets en Conseil d'État déterminent les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle, de choix d'une spécialité par les internes, d'établissement de la liste des services formateurs, d'organisation du troisième cycle des études médicales, de changement d'orientation ainsi que la durée des formations nécessaires durant ce cycle, et ultérieurement, pour obtenir selon les spécialités une qualification. »

### III. – (*Non modifié*)

III bis (*nouveau*). – L'article L. 632-12 du code de l'éducation est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles l'expérience acquise au cours de l'exercice professionnel peut être validée, en tout ou partie, en vue de l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, dans une limite compatible avec les besoins de soins de la population et après une durée minimum d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale ; ».

### IV et V. – (*Non modifiés*)

VI. – Après l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 26 de la présente loi, il est inséré un article L. 1434-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1434-6-1.* – Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

« À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-6. Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

« Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

« L'application du présent article se fera dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

### **Article 15 bis AA (nouveau)**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre III du titre II du livre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « École nationale de la protection sociale » ;

2° L'article L. 123-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État définit les missions de l'École nationale de la protection sociale. » ;

3° L'article L. 123-4 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale » ;

b) À la fin du second alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale ».

### **Article 15 bis A (nouveau)**

Au 1° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation, les mots : « autres que la France » sont supprimés et les mots : « à un troisième cycle de médecine générale ou spécialisée » sont remplacés par les mots : « au troisième cycle des études médicales ».

### **Article 15 bis**

I. – Après l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est rétabli un article L. 632-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-6.* – Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des



études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, 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 et internes 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 médicales. 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, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. 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 d'interne sur une liste établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés à l'alinéa précédent.

« Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice 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 est 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. Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. 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 dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.

« Les médecins 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 les 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. 632-6 du code de l'éducation est applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010.

### **Article 15 *ter***

*(Supprimé)*

### **Article 15 *quater***

À compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :

1° Vingt pour les professeurs des universités de médecine générale ;

2° Trente pour les maîtres de conférence des universités de médecine générale ;

3° Cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

### **Article 16 A (*nouveau*)**

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique, après les mots : « à

l'article L. 162-22-14 du même code », sont insérés les mots : «, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales, ».

## Article 16

I. – L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6314-1.* – La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

« La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.

« Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire. »

*I bis (nouveau).* – Dans les régions dont le territoire, pour tout ou partie, est situé en zone de montagne, le directeur général de l'agence régionale de santé communique chaque année aux

comités de massif intéressés institués par l'article 7 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne un rapport sur l'organisation de la permanence des soins au sein des territoires relevant de leur compétence respective. Après en avoir délibéré, chaque comité de massif, pour ce qui le concerne, rend un avis public sur ce rapport annuel.

*I ter (nouveau). – (Supprimé)*

II. – Après l'article L. 6314-1 du même code, sont insérés deux articles L. 6314-2 et L. 6314-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6314-2.* – L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes énoncés dans le présent article est nulle.

« *Art. L. 6314-3.* – Les modalités d'application de l'article L. 6314-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »

*III et IV. – (Supprimés)*

*V et VI. – (Non modifiés)*

VII. – Le titre I<sup>er</sup> du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*

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

« *Art. L. 6315-1.* – La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin 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 médecin 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 des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé. »

### **Article 16 bis**

I A (*nouveau*). – 1. Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 3 intitulée : « Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique », comprenant les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-3-2, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L.161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale, qui deviennent respectivement les articles L. 1111-14, L. 1111-15, L. 1111-16, L. 1111-17, L. 1111-18, L. 1111-19, L. 1111-20, L. 1111-21, L. 1111-22, L. 1111-23 et L. 1111-24 du code de la santé publique.

2. En conséquence, les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-3-2, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L.161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

I B (*nouveau*). – L'article L. 1111-15 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« L'accès au dossier médical personnel des professionnels mentionnés au premier alinéa est subordonné à l'autorisation que donne le patient d'accéder à son dossier. » ;

2° Le dernier alinéa est supprimé.

I. – Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale qui devient l'article L. 1111-19 du code de la santé

publique, il est inséré un article L. 161-36-3-2 qui devient l'article L. 1111-20 du code de la santé publique ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-20.* – Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 1111-14 et avant le 31 décembre 2010, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expérimental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation. Avant le 15 septembre de chaque année, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-14 et l'article L. 1111-19 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, garantissant notamment la confidentialité des données contenues dans les dossiers médicaux personnels. »

II. – Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 1111-14 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

## **Article 17**

I. – Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, il est ajouté un livre préliminaire ainsi rédigé :

« LIVRE PRÉLIMINAIRE

« **DISPOSITIONS COMMUNES**

« TITRE I<sup>ER</sup>

« **COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

« CHAPITRE UNIQUE

« *Art. L. 4011-1.* – Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s’engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d’opérer entre eux des transferts d’activités ou d’actes de soins ou de réorganiser leurs modes d’intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d’autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d’activités ou d’actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d’intervention auprès de lui.

« *Art. L. 4011-2.* – Les professionnels de santé soumettent à l’agence régionale de santé des protocoles de coopération. L’agence vérifie que le protocole répond à un besoin de santé constaté au niveau régional puis le soumet à la Haute Autorité de santé.

« Ces protocoles précisent l’objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d’intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur général de l’agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« *Art. L. 4011-3.* – Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définis par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »

## II. – *(Non modifié)*

### **Article 17 bis**

I. – L'article L. 2323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :



1° Les premier et deuxième alinéas sont supprimés ;

2° Après la référence : « L. 5311-1 », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « sont assurés par des lactariums gérés par des établissements publics de santé, des collectivités publiques ou des organismes sans but lucratif et autorisés à fonctionner par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région siège de l'implantation du lactarium. » ;

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les activités réalisées par les lactariums à partir du lait maternel mentionné au 8° de l'article L. 5311-1 doivent être réalisées en conformité avec des règles de bonnes pratiques définies par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

II. – *(Non modifié)*

### **Article 17 ter**

I et II. – *(Non modifiés)*

III *(nouveau)*. – Après le premier alinéa de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »

## **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 pour l'un des motifs visés 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.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire 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.

« Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

« En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

« En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai fixé par voie réglementaire, 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. 162-1-14-1 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. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1. »

II. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° (*Supprimé*) ;

2° Après l'article L. 162-1-14, il est inséré un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

« L'organisme local d'assurance maladie informe l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la sanction prononcée en vertu du présent article, ainsi que des motifs de cette sanction.

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

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

III. – *(Non modifié)*

### **Article 18 bis**

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 de prévention, 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 œuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

### **Article 18 ter**

I. – (*Non modifié*)

II. – (*Supprimé*)

### **Article 18 quater A (nouveau)**

Le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue aux articles R. 5211-21 à R. 5211-24. »

### **Article 18 quater B (nouveau)**

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En outre, lorsque la personne responsable des dommages est un professionnel de santé exerçant à titre libéral conventionné pratiquant les tarifs fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, l'office ne peut exercer d'action subrogatoire contre ce professionnel ou, le cas échéant, son assureur, lorsque les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code sont dépassés. »

### **Article 18 quater**

*(Conforme)*

### **Article 19**

I A. – *(Non modifié)*

I. – Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du même code sont remplacés par les articles L. 4133-1 à L. 4133-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4133-1.* – 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 une obligation pour les médecins.

« *Art. L. 4133-2.* – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« *Art. L. 4133-3.* – Les instances ordinales s’assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu des médecins.

« *Art. L. 4133-4.* – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

II à IV. – (*Non modifiés*)

V. – L’article L. 4143-1 du code de la santé publique est remplacé par quatre articles L. 4143-1 à L. 4143-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4143-1.* – 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 une obligation pour les chirurgiens-dentistes.

« *Art. L. 4143-2.* – Un décret en Conseil d’État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les chirurgiens-dentistes satisfont à leur obligation de développement professionnel odontologique continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L’organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l’ensemble des organismes concourant à l’offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« *Art. L. 4143-3.* – Les instances ordinales s’assurent du respect par les chirurgiens-dentistes de leur obligation de développement professionnel continu.

« *Art. L. 4143-4.* – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux chirurgiens-dentistes salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

VI. – Les articles L. 4236-1 à L. 4236-6 du même code sont remplacés par quatre articles L. 4236-1 à L. 4236-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4236-1.* – 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 une obligation pour les pharmaciens tenus pour exercer leur art de s’inscrire au tableau de l’ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l’article L. 4222-7.

« *Art. L. 4236-2.* – Un décret en Conseil d’État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les pharmaciens satisfont à leur obligation de développement professionnel pharmaceutique continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L’organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l’ensemble des organismes concourant à l’offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.



« *Art. L. 4236-3.* – Les instances ordinales s’assurent du respect par les pharmaciens inscrits au tableau de l’ordre de leur obligation de développement professionnel continu.

« Pour les pharmaciens mentionnés à l’article L. 4222-7, leurs employeurs s’assurent du respect de leur obligation de développement professionnel continu.

« *Art. L. 4236-4.* – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux pharmaciens salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

#### VII. – *(Non modifié)*

VIII. – Après l’article L. 4153-1 du même code, sont insérés trois articles L. 4153-2 à L. 4153-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4153-2.* – Un décret en Conseil d’État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les sages-femmes satisfont à leur obligation de développement professionnel continu en maïeutique ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées ;

« 2° L’organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l’ensemble des organismes concourant à l’offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« *Art. L. 4153-3.* – Les instances ordinales s’assurent du respect par les sages-femmes de leur obligation de développement professionnel continu.

« *Art. L. 4153-4.* – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux sages-femmes salariées d’assumer leur obligation de développement

professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

IX. – (*Non modifié*)

IX *bis* (*nouveau*). – À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « participant au service public hospitalier » sont remplacés par les mots : « d'intérêt collectif ».

X, X *bis*, X *ter*, X *quater* et XI. – (*Non modifiés*)

XII. – L'article L. 4242-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4242-1.* – 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.

« Le développement professionnel continu est une obligation pour les préparateurs en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

XIII. – L'article L. 4382-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4382-1.* – 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.

« Le développement professionnel continu est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

XIV. – (*Non modifié*)

XIV *bis* (*nouveau*). – Au chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 4381-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4381-1.* – Les auxiliaires médicaux concourent à la mission de service public relative à la formation initiale des étudiants et élèves auxiliaires médicaux.

« À ce titre, ils peuvent accueillir, pour des stages à finalité pédagogique nécessitant leur présence constante, des étudiants et élèves auxiliaires médicaux en formation.

« La réalisation de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée de ces praticiens. Les stagiaires peuvent bénéficier de l'indemnisation de contraintes liées à l'accomplissement de leurs stages, à l'exclusion de toute autre rémunération ou gratification au sens de l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. »

XIV *ter* (*nouveau*). – Le 6° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° Les mots : « bilan de compétences effectué » sont remplacés par les mots : « bilan de compétences ou à des actions préparant à la validation des acquis de l'expérience, effectués » ;

2° Les mots : « des salaires inscrits à leur budget, au sens du 1 de l'article 231 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « du montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, inscrit à l'état des prévisions de recettes et de dépenses ».

XV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XIV.

**Article 19 bis A (*nouveau*)**

(*Supprimé*)

### **Article 19 bis B (nouveau)**

Après l'article L. 4151-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4151-7-1.* – La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université pour le ou les sites concernés, et notamment le mode d'administration et les conditions de mise en œuvre. »

### **Article 19 bis**

Le titre V du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans l'intitulé, les mots : « et thérapeutiques » sont remplacés par les mots : « , thérapeutiques ou esthétiques » ;

2° Le chapitre unique devient un chapitre I<sup>er</sup> et est intitulé : « Mesures de protection » ;

3° Après l'article L. 1151-1, sont insérés deux articles L. 1151-2 et L. 1151-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1151-2.* – La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée esthétique autres que ceux relevant de l'article L. 6322-1 peut, si elle présente des risques sérieux pour la santé des personnes, être soumise à des règles, définies par décret, relatives à la formation et la qualification des professionnels pouvant les mettre en œuvre, à la déclaration des activités exercées et à des conditions techniques de réalisation.

« Elle peut également être soumise à des règles de bonnes pratiques de sécurité fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 1151-3.* – Les actes à visée esthétique dont la mise en œuvre présente un danger grave ou une suspicion de danger grave pour la santé humaine peuvent être interdits par décret. Toute décision de levée de l'interdiction est prise en la même forme après avis de la Haute Autorité de santé.

« *Art. L. 1151-4.* – (*Supprimé*) » ;

4° Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« ***Sanctions administratives***

« *Art. L. 1152-1.* – En cas d'exercice d'une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions de l'article L. 1151-2, l'autorité administrative peut suspendre le droit d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de six mois.

« Si, au terme de la durée de suspension, l'intéressé ne s'est pas mis en conformité avec les règles applicables, l'autorité administrative prononce l'interdiction d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de cinq ans. L'activité ne peut être reprise à la fin de la période d'interdiction que si l'intéressé justifie s'être mis en conformité avec les règles en vigueur.

« *Art. L. 1152-2.* – L'autorité administrative peut prononcer une sanction financière à l'encontre du professionnel ayant exercé une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions des articles L. 1151-2 ou L. 1151-3 et, le cas échéant, de la personne morale qui a admis la pratique d'une telle activité dans un organisme ou un établissement dont elle est responsable. Le montant maximum de la sanction est fixé à 37 500 € pour les personnes physiques et à 150 000 € pour les personnes morales. »

**Article 19 ter**

I. – (*Non modifié*)

I *bis* (*nouveau*). – Après le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire.

« Il incombe au conseil départemental de tenir à jour le tableau et, le cas échéant, de radier de celui-ci les praticiens qui, par suite de l'intervention de circonstances avérées postérieures à leur inscription, ont cessé de remplir ces conditions. »

I *ter* (*nouveau*). – Après le premier alinéa de l'article L. 4112-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités selon lesquelles le conseil départemental vérifie que l'intéressé ne présente pas d'insuffisance professionnelle, d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession sont prévues par décret en Conseil d'État. »

II. – L'article L. 4112-4 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les décisions du conseil régional en matière d'inscription au tableau sont notifiées sans délai par le conseil régional au médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme qui en est l'objet, au conseil départemental et au conseil national de l'ordre. » ;

2° (*nouveau*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Faute pour les personnes intéressées d'avoir régulièrement frappé d'appel une décision d'inscription, le conseil national peut, dans un délai de trois mois à compter de l'expiration du

délai d'appel, retirer cette décision lorsque celle-ci repose sur une inexactitude matérielle ou une erreur manifeste d'appréciation des conditions auxquelles est subordonnée l'inscription. »

II *bis (nouveau)*. – L'article L. 4113-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4124-6. »

III à X. – (*Non modifiés*)

XI. – L'article L. 4124-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « République », la fin de l'article est ainsi rédigée : « , le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. Lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut également saisir la chambre disciplinaire de première instance. » ;

2° (*nouveau*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de cette fonction, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département ou le procureur de la République ».

XII à XV. – (*Non modifiés*)

XVI. – Le I de l'article L. 4124-11 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Il est consulté par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les questions et les projets relevant de ses compétences. » ;

2° La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

3° Après l'avant-dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil peut, dans les matières énumérées aux deux alinéas précédents, statuer en formation restreinte. »

XVII à XXI. – (*Non modifiés*)

XXII. – L'article L. 4132-9 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « ou son représentant » ;

2° et 3° (*Supprimés*).

XXIII à XXVIII. – (*Non modifiés*)

XXIX. – L'article L. 4222-4 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « ou G » sont remplacés par les mots : « , G ou H » et les mots : « si les garanties de moralité professionnelle » sont remplacés par les mots : « si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance professionnelle » ;

2° (*nouveau*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire. »

XXX à XLII. – (*Non modifiés*)

XLIII. – L'article L. 4232-15-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le nombre : « quatorze » est remplacé par le nombre : « seize » et le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « six » ;



2° Au 3°, le nombre : « douze » est remplacé par le nombre : « quatorze » et il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – au moins un pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur d'un service départemental d'incendie et de secours et au moins un radiopharmacien. »

XLIV à XLVII. – (*Non modifiés*)

XLVIII. – Dispositions transitoires.

1. Pour l'ordre national des médecins :

– les membres titulaires et suppléants du conseil national et des conseils départementaux sont répartis en trois fractions numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon la date de leur élection et l'ordre chronologique d'échéance de leur mandat de six ans ;

– le mandat des membres de la première fraction venant à échéance après la publication de la présente loi est prorogé pour une durée de deux ans ;

– les membres de la deuxième fraction sont, après tirage au sort effectué en séance plénière par l'instance nationale ou départementale à laquelle ils appartiennent, répartis en deux groupes égaux ou, le cas échéant, par moitié arrondie au nombre entier inférieur le plus proche. Le mandat des conseillers du premier groupe n'est pas modifié. Le mandat des conseillers du second groupe est prorogé pour une durée de trois ans ;

– le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième fraction et le second renouvellement, concernant les membres du second groupe constitué à l'alinéa précédent et ceux de la troisième fraction, dont le mandat est prorogé d'un an, interviendra trois ans plus tard ;

– les élections dont la date a été annoncée avant la publication de la présente loi se poursuivent selon la procédure en vigueur à la date de l'annonce.

2. Pour l'ordre national des sages-femmes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

– le mandat du conseiller national élu en 2004 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2012 ;

– le mandat des conseillers nationaux élus en 2006 n'est pas modifié et prendra fin en 2012 ;

– le mandat des conseillers nationaux élus en 2008 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2015 ;

b) Pour le renouvellement des conseils départementaux :

– les conseils départementaux sont composés de trois séries de candidats ayant un mandat de six ans. Les séries sont numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon leur prochain renouvellement dans l'ordre chronologique ;

– le mandat de la première série est prolongé pour une durée de deux ans ;

– pour les conseillers de la deuxième série, le bureau du conseil départemental répartit par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié. Le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort n'est pas modifié. Le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort est prolongé pour une durée de trois ans ;

– le mandat des conseillers de la troisième série est prolongé pour une durée d'un an ;

– le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième série et le second renouvellement trois ans plus tard.

3. Pour l'ordre national des chirurgiens-dentistes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

– pour les conseillers élus en 2009, le bureau du conseil national répartit par tirage au sort, en séance publique, les quatre

sièges qui auront un mandat de six ans qui prendra fin en 2015 et les trois sièges qui auront un mandat de trois ans qui prendra fin en 2012 ;

– le mandat des conseillers élus en 2005 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2012 ;

– le mandat des conseillers élus en 2007 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2015 ;

– le premier renouvellement par moitié du conseil national aura lieu en 2012 et le second en 2015 ;

*b)* Pour le renouvellement des conseils départementaux :

– pour les conseillers qui seront élus en 2010, le bureau de chaque conseil départemental réparti par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié ;

– le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort est d'une durée de trois ans et prendra fin en 2013 ;

– le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort n'est pas modifié et prendra fin en 2016 ;

– le mandat des conseillers élus en 2006 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2013 ;

– le mandat des conseillers élus en 2008 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2016 ;

– le premier renouvellement par moitié des conseils aura lieu en 2013 et le second en 2016.

4. Pour l'ordre national des pharmaciens :

– la durée des mandats de conseillers ordinaires élus ou nommés en 2007 est portée à cinq ans ;

– la durée des mandats des conseillers ordinaires élus en 2009 pour remplacer des conseillers élus en 2007 est portée à trois ans ;

– les autres conseillers élus ou nommés en 2009 ont un mandat de six ans ;

– les bureaux élus en mai ou juin 2009 ont un mandat de trois ans ;

– les membres du conseil central de la section B élus en 2007 ou en 2009 conserveront leur mandat, respectivement, jusqu'en juin 2012 ou juin 2015 ;

– après tirage au sort suivant l'élection des membres du conseil central H mentionnés au 2° du XLIII du présent article, les mandats de ces membres viendront à échéance, respectivement, en juin 2012 ou juin 2015.

### **Article 19 quater**

I. – Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir la communication.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. »

*I bis (nouveau).* – À l'article L. 4311-16 du même code, le mot : « légales » est remplacé par les mots : « de compétence, de moralité et d'indépendance ».

*I ter (nouveau).* – Les deuxième et dernier alinéas de l'article L. 4312-1 du même code sont ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

« Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'État. Ce

code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. »

II. – (*Supprimé*)

III à VI. – (*Non modifiés*)

VI *bis* (*nouveau*). – Le II de l'article L. 4312-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « unique » est supprimé ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession d'infirmier ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. »

VII. – Le III du même article est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil national, la durée du mandat des conseillers nationaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

VIII. – (*Non modifié*)

VIII *bis* (*nouveau*). – Aux articles L. 4312-2 à L. 4312-5 et L. 4312-7 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux ».

IX. – L'article L. 4321-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie. » ;

2° Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »

X. – (*Supprimé*)

XI. – L'article L. 4321-16 du même code est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils départementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national.

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de masseur-kinésithérapeute ou à une insuffisance

d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. »

XII. – (*Non modifié*)

XII *bis* (*nouveau*). – Aux articles L. 4321-10, L. 4321-14 et L. 4321-16 à L. 4321-18 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux ».

XIII. – L'article L. 4322-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent au tableau tenu par l'ordre et peuvent en obtenir copie. » ;

2° Après le troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des pédicures-podologues a un droit d'accès aux listes nominatives des pédicures-podologues employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des pédicures-podologues au tableau tenu par l'ordre. »

XIV. – L'article L. 4322-9 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du dernier alinéa est remplacée par cinq phrases ainsi rédigées :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui

semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national.

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de pédicure-podologue ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils régionaux par une délibération en séance plénière. »

XV. – (*Non modifié*)

XV *bis* (*nouveau*). – Aux articles L. 4322-7, L. 4322-9 à L. 4322-12 du même code, après les mots : « conseil régional » et les mots : « conseils régionaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interrégional » et les mots : « ou interrégionaux ».

XV *ter* (*nouveau*). – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des sages-femmes » sont remplacés par les mots : « , des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues ».

XVI (*nouveau*). – Dispositions transitoires :

Le mandat des membres des conseils départementaux, régionaux et national de l'ordre national des infirmiers en cours à la date de publication de la présente loi est prolongé comme suit :

- a) Les mandats de deux ans sont portés à trois ans ;
- b) Les mandats de quatre ans sont portés à six ans ;



c) Les mandats des présidents élus avant la même date sont portés à trois ans.

### **Article 19 quinquies**

I. – L'article L. 4383-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de l'État dans la région contrôle également les établissements de formation agréés en application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Les agréments peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions réglementaires régissant le suivi des programmes et la qualité de la formation, et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces établissements. »

II (*nouveau*). – (*Supprimé*)

### **Article 19 sexies**

I. – (*Non modifié*)

II. – L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « aux professions de santé, », sont insérés les mots : « aux ostéopathes et aux chiropracteurs, » ;

2° Il est ajouté 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. »

**Article 19 septies (nouveau)**

Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Règles communes liées à l'exercice de la profession » ;

2° L'article L. 4113-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-1.* – Les professionnels de santé et autres personnes désignés aux 1° et 2° sont tenus de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé :

« 1° Les titulaires des diplômes, certificats ou titres requis pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avant leur entrée dans la profession, ainsi que ceux qui n'exercent pas mais ont obtenu leurs diplômes, certificats ou titres depuis moins de trois ans ;

« 2° Les internes en médecine et en odontologie, ainsi que les étudiants dûment autorisés à exercer à titre temporaire la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme, ou susceptibles de concourir au système de soins au titre de leur niveau de formation, notamment dans le cadre de la réserve sanitaire.

« L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leurs diplômes, certificats, titres ou niveau de formation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence, de niveau de formation ou de situation professionnelle.

« Pour les personnes ayant exercé la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

« La procédure prévue au présent article est sans frais.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

3° Après l'article L. 4113-1, sont insérés deux articles L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4113-1-1.* – Les organismes, notamment de formation, délivrant les formations, diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4113-1 transmettent au service ou à l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé des informations certifiées concernant les diplômes, certificats, titres ou attestations de formation délivrés aux personnes susceptibles d'exercer l'une des professions médicales.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du premier alinéa, notamment les catégories d'informations concernées et la date à laquelle ce dispositif est mis en œuvre.

« *Art. L. 4113-1-2.* – Lorsqu'elles sont disponibles, les informations certifiées mentionnées à l'article L. 4113-1-1 tiennent lieu de pièces justificatives pour l'accomplissement des obligations prévues à l'article L. 4113-1. »

### **Article 19 *octies* (nouveau)**

I. – Au premier alinéa de l'article L. 4243-1 du code de la santé publique, après les mots : « préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « et de préparateur en pharmacie hospitalière ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 4243-2 du même code, après les mots : « de préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « ou de préparateur en pharmacie hospitalière », et les mots : « cette profession » sont remplacés par les mots : « ces professions ».

### **Article 19 *nonies* (nouveau)**

Le chapitre III du titre IV du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par les articles L. 4343-3 et L. 4343-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4343-3.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé refuse l'inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions légales exigées pour l'exercice des professions d'orthophoniste ou d'orthoptiste ou s'il est frappé soit d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession en France ou à l'étranger, soit d'une suspension prononcée dans les conditions prévues à l'article L. 4311-26.

« Toutefois, lorsque le demandeur est frappé d'une interdiction d'exercer la profession dans un autre pays qu'un État membre de la Communauté européenne ou autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, il peut être autorisé à exercer cette profession en France par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« *Art. L. 4343-4.* – S'il apparaît que le demandeur est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereux l'exercice de sa profession, le directeur de l'agence régionale de santé refuse l'inscription sur la liste. »

### **Article 20**

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, toutes mesures relevant du domaine de la loi, réformant les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et visant à :

1° Harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;

2° Mieux garantir la qualité des examens de biologie médicale, notamment en mettant en place une procédure d'accréditation des laboratoires ;

3° Définir les missions du biologiste, du laboratoire de biologie médicale et du personnel technique dans le cadre du parcours de soins du patient, en assurant l'efficacité des dépenses de santé ;

4° Instituer les mesures permettant d'assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité du laboratoire de biologie médicale ;

6° (*Supprimé*) ;

7° Adapter les missions et prérogatives des agents habilités à effectuer l'inspection des laboratoires de biologie médicale ;

8° Adapter le régime des sanctions administratives et pénales ;

9° (*nouveau*) Disposer que les laboratoires de biologie médicale privés doivent être exploités en nom propre ou sous la forme d'organismes à but non lucratif, de sociétés civiles professionnelles régies par la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles ou de sociétés d'exercice libéral régies par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, ou de sociétés coopératives régies par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération. Les sociétés anonymes et les sociétés à responsabilité limitée qui, à la date de publication de la présente loi, exploitent un laboratoire de biologie médicale dans les conditions fixées à l'article L. 6212-4 du code de la santé publique devront, dans le délai d'un an suivant la publication de

la loi ratifiant l'ordonnance prévue au présent article, transférer cette exploitation à une société ou à un organisme relevant de l'une des catégories mentionnées au présent alinéa.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

## **Article 21**

I. – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour compléter la transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition, en veillant notamment, en concertation avec les professionnels, à justifier très précisément toute levée des options en matière de libre prestation de services.

I *bis* (*nouveau*). – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour adapter les dispositions des articles L. 4113-1, L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 du code de la santé publique à la profession de pharmacien ainsi qu'aux autres professions de santé.

II et III. – (*Non modifiés*)

## **Article 21 bis A (*nouveau*)**

L'article L. 4212-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4212-7.* – Le fait de distribuer ou de mettre à disposition du public des médicaments à usage humain collectés

auprès du public et non utilisés est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. »

### **Article 21 bis B (nouveau)**

L'article L. 6153-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il précise notamment les conditions dans lesquelles les internes peuvent bénéficier du temps partiel thérapeutique. »

### **Article 21 bis C (nouveau)**

L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 4° *bis*, les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études qui pourront aboutir, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, à une baisse de prix du médicament concerné, fixée exclusivement sur la base des conséquences entraînées pour l'assurance maladie par la non-réalisation des études » sont supprimés ;

2° Au 5°, les références : « aux 3°, 4° et 4° *bis* » sont remplacées par les références : « aux 3° et 4° » ;

3° Après le douzième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° *bis*, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. » ;

4° Au treizième alinéa, après les mots : « La pénalité », sont insérés les mots : « , prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° *bis*, ».

### **Article 21 *bis***

Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« À compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. La Haute Autorité de santé publie les informations déclarées. »

### **Article 21 *ter***

Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »

### **Article 21 *quater***

I et II. – (*Non modifiés*)

III. – Au chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III de la quatrième partie du même code, sont insérés deux articles L. 4381-1-1 et L. 4381-1-2 ainsi rédigés :



« *Art. L. 4381-1-1.* – Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire aux titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France des professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été conclus à cet effet, signés par les ordres, lorsqu'ils existent, et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dont les conditions sont fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

« *Art. L. 4381-1-2.* – Sous réserve de réciprocité et sous réserve qu'un accord international ait été ratifié en ce sens, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans un État non membre de la Communauté européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice des professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13 peuvent être autorisés à exercer leur profession en France. Cette autorisation est délivrée par le ministre chargé de la santé si des accords ou traités prévoyant l'accès à l'exercice professionnel ont été conclus et si les qualifications professionnelles des demandeurs sont reconnues comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour

la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

### **Article 21 quinquies**

I. – (*Non modifié*)

II. – (*Supprimé*)

### **Article 21 sexies**

I. – (*Non modifié*)

II. – Le titre I<sup>er</sup> du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

« *CHAPITRE VI*

« ***Télémédecine***

« *Art. L. 6316-1.* – La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

« Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

« La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »

III. – *(Non modifié)*

**Article 21 septies**

*(Conforme)*

**Article 21 octies**

I. – La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale ».

II. – *(Non modifié)*

**Article 21 nonies**

*(Supprimé)*

TITRE III

**PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE**

**Article 22 A**

*(Supprimé)*

**Article 22 B**

Le livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« TITRE VII

« **PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTÉ**

« CHAPITRE UNIQUE

« *Art. L. 1171-1.* – Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée, de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions. »

**Article 22 C**

*(Supprimé)*

**Article 22 D (nouveau)**

Un rapport relatif au nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues en France est transmis au Parlement avant le 31 décembre 2010.

**Article 22 E (nouveau)**

Le 13° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de signalements d'effets indésirables effectués directement par les patients ou communiqués par les associations agréées de patients ; ».

**Article 22**

I. – Le livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI

« **ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

« **Dispositions générales**

« *Art. L. 1161-1.* – L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

« Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

« *Art. L. 1161-2.* – Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

« Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

« *Art. L. 1161-3.* – Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur

entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 1161-4.* – Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

« *Art. L. 1161-5.* – Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

« Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

« La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage, ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes, sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

« *Art. L. 1161-6.* – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'État, dont les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant les autorisations visées à l'article L. 1161-5 et leurs conditions de caducité.

« *Art. L. 1161-7 et L. 1161-8.* – (*supprimés*).

## « CHAPITRE II

### « *Dispositions pénales*

« *Art. L. 1162-1.* – Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5. »

II. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V de la présente partie du même code est complété par un article L. 1521-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1521-5.* – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> de la présente partie est applicable dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :

« À l'article L. 1161-2, les mots : “agence régionale de santé” sont remplacés par les mots : “agence de santé ” ».

III. – L'article L. 5311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées en application de l'article L. 1161-5. »

IV (*nouveau*). – Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre avant la publication de la présente loi ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2011 pour obtenir l'autorisation de ces programmes auprès des agences régionales de santé compétentes.

V (*nouveau*). – Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient, et sur leurs financements, notamment sur la possibilité d'un fonds national.

### **Article 22 bis A (*nouveau*)**

I. – Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé, afin de garantir la santé publique, à prendre par ordonnances les mesures nécessaires pour modifier les dispositions du code du sport relatives à la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, afin :

1° De renforcer l'efficacité des dispositifs de protection de la santé des sportifs, ainsi que de lutte contre le dopage et le trafic de produits dopants ;

2° D'en assurer la conformité avec les principes du code mondial anti-dopage applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 ;

3° D'améliorer la cohérence de la politique nationale en matière de prévention, d'éducation, de formation, de recherche, de lutte contre le dopage et le trafic de produits dopants et de coopération internationale dans ces domaines, en révisant la répartition des compétences entre l'État, l'Agence française de lutte contre le dopage et les fédérations sportives, ainsi que la gouvernance de l'Agence, autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale.

II. – Les ordonnances prévues au I devront être prises dans les neuf mois suivant la publication de la présente loi.



Le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication des ordonnances.

### **Article 22 bis**

I et II. – (*Non modifiés*)

II *bis* (*nouveau*). – Après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d'étendre aux sages-femmes la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, une expérimentation est menée dans une région française connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse. Dans le cadre de cette expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuse.

III à VI. – (*Non modifiés*)

### **Article 22 ter**

(*Conforme*)

### **Article 22 quater A (*nouveau*)**

I. – Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximum de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4. »

II. – Après l'article L. 4423-2 du même code, il est inséré un article L. 4423-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4423-3.* – Pour l'application de l'article L. 4311-1 dans les îles Wallis et Futuna, les mots : "et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4" sont supprimés. »

III. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »

### **Article 22 *quater* B (nouveau)**

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement, s'ils figurent sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois. »

II. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »

**Article 22 quater**

*(Supprimé)*

**Article 22 quinquies**

*(Conforme)*

**Article 22 sexies**

*(Supprimé)*

**Article 22 septies**

Les deux derniers alinéas de l'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation.

« L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse. Le diplôme de niveau master peut être délivré par un établissement d'enseignement supérieur dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience.

« Le décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les

psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique.

« Le décret en Conseil d'État précise également les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret. »

### **Article 22 octies (nouveau)**

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 443-10 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-1 peuvent être assumées par l'établissement ou le service de soins. Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-2 sont assumées par l'établissement ou le service de soins. Les accueillants familiaux thérapeutiques employés par cet établissement ou service sont des agents non titulaires de cet établissement ou service. »

### **Article 23**

I. – Le titre IV du livre III de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3342-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-1.* – La vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité. » ;

2° L'article L. 3342-2 est abrogé ;

3° Après l'article L. 3342-3, il est inséré un article L. 3342-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-4.* – Une affiche rappelant les dispositions du présent titre est apposée dans les débits de boissons à consommer sur place. Un modèle spécifique doit être apposé dans les débits de boissons à emporter. Les modèles et les lieux d'apposition de ces affiches sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

4° L'article L. 3341-2 est abrogé.

II et III. – (*Non modifiés*)

## **Article 24**

I. – L'article L. 3322-9 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf dans le cadre de fêtes et foires traditionnelles déclarées, ou de celles, nouvelles, autorisées par le représentant de l'État dans le département dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, il est interdit d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire. » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques sur les aires de repos et aires de service en bordure des autoroutes ainsi que sur ces mêmes aires en bordure des routes à deux fois deux voies matérialisées par une séparation centrale, à l'exception des boutiques de vente à emporter et des lieux de restauration.

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre vingt heures et huit heures, dans les points de vente de carburant.

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans les points de vente de carburant. »

II. – L'article L. 3331-4 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans tous les commerces autres que les débits de boissons à consommer sur place, toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L. 3332-1-1.

« La vente à distance est considérée comme une vente à emporter. »

III. – Le titre V du livre III de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 3351-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fait de vendre des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures sans avoir suivi la formation prévue à l'article L. 3332-1-1 est puni de 3 750 € d'amende. » ;

2° Après l'article L. 3351-6, sont insérés deux articles L. 3351-6-1 et L. 3351-6-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 3351-6-1.* – Le fait de vendre des boissons alcooliques dans un point de vente de carburant en dehors des horaires prévus au quatrième alinéa de l'article L. 3322-9 ou d'y vendre des boissons alcooliques réfrigérées est puni de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal.

« *Art. L. 3351-6-2.* – Sauf lorsqu’elles sont déclarées ou autorisées dans les conditions prévues à l’article L. 3322-9, ou lorsqu’il s’agit de dégustations en vue de la vente au sens de l’article 1587 du code civil, l’offre à titre gratuit à volonté, dans un but commercial, de boissons alcooliques ainsi que leur vente à titre principal contre une somme forfaitaire sont punies de 7 500 € d’amende. La récidive est punie d’un an d’emprisonnement et de 15 000 € d’amende.

« Les personnes physiques coupables de l’infraction mentionnée au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d’interdiction à titre temporaire d’exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d’un an au plus.

« Les personnes morales coupables de l’infraction mentionnée au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l’article 131-39 du code pénal.

« *Art. L. 3351-6-3 (nouveau).* – (*Supprimé*) ;

3° À l’article L. 3351-8, les mots : « de l’article L. 3323-2 ainsi que des règlements pris pour son application » sont remplacés par les mots : « des articles L. 3322-2, L. 3323-2, L. 3323-4 et L. 3323-6 ainsi que des règlements pris pour leur application ».

IV et V. – (*Non modifiés*)

VI. – Les personnes qui vendent des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures à la date de publication de la présente loi bénéficient d’un délai d’un an pour se conformer à l’obligation de formation prévue à l’article L. 3331-4 du code de la santé publique.

VII et VIII. – (*Non modifiés*)

## **Articles 24 bis à 24 quater et 25**

(*Conformes*)

**Article 25 bis A (nouveau)**

Après l'article L. 3511-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-2-2.* – L'article L. 3335-1 est applicable aux lieux de vente du tabac manufacturé, sans préjudice des droits acquis. »

**Article 25 bis B (nouveau)**

Au deuxième alinéa de l'article 568 *bis* du code général des impôts, après les mots : « 200 mètres carrés », sont insérés les mots : « ou dans les galeries marchandes attenantes à des supermarchés ou des hypermarchés ».

**Article 25 bis C (nouveau)**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa de l'article L. 1323-3, les mots : « être titulaires du diplôme de vétérinaire et exercer les fonctions de vétérinaire inspecteur titulaire ou contractuel de l'État ou être titulaires du mandat sanitaire instauré à l'article L. 921-11 du code rural » sont remplacés par les mots : « détenir l'un des diplômes mentionnés à l'article L. 241-2 du code rural » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 1323-6, après le mot : « publics, », les mots : « et des vétérinaires spécialisés mentionnés à l'article L. 931-2 du code rural » sont remplacés par les mots : « et des agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;

3° Au 3° de l'article L. 1515-6, les mots : « vétérinaires inspecteurs » sont remplacés par les mots : « agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;

4° Les articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 5146-1.* – Le contrôle de l'application des dispositions du présent titre, ainsi que des mesures



réglementaires prises pour leur application, est assuré concurremment par :

« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments dans son domaine de compétence ;

« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;

« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;

« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

« Les agents mentionnés aux 1° et 3° agissent conformément aux articles L. 1421-1, L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3 et L. 5127-2.

« La consignation prévue à l'article L. 5127-2 peut également porter sur des produits présentant ou susceptibles de présenter un danger pour la santé animale. L'article L. 5425-1 est applicable en cas de mise sur le marché ou d'utilisation de produits consignés en application du présent article.

« *Art. L. 5146-2.* – Ont qualité pour rechercher et constater les infractions aux dispositions du présent titre ainsi qu'aux mesures réglementaires prises pour leur application :

« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ;

« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;

« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;

« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, qui disposent à cet effet des pouvoirs prévus au livre II du code de la consommation.

« Les articles L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3, L. 5411-2 et L. 5411-3 sont applicables aux agents mentionnés aux 1° et 3°,

habilités et assermentés dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, pour l'exercice de cette mission. » ;

5° Après l'article L. 5146-2, sont insérés trois articles L. 5146-3 à L. 5146-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 5146-3.* – La compétence territoriale des agents mentionnés au 3° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 peut être étendue à plusieurs départements ou régions.

« *Art. L. 5146-4.* – Les agents mentionnés au 1° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont désignés par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude scientifique et juridique définies par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la santé pour contrôler l'application des dispositions du présent titre et des mesures réglementaires qui en découlent. Ils sont également chargés du contrôle de l'application des dispositions relatives aux organismes génétiquement modifiés dans le domaine des médicaments vétérinaires.

« Ils peuvent être assistés par des experts désignés par le directeur général de l'agence.

« L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, afin de mener à bien ses missions, peut demander aux ministres chargés de l'agriculture et de la santé de faire intervenir seuls ou conjointement avec les inspecteurs de l'agence des agents de l'État mentionnés à l'article L. 5146-1.

« Lorsqu'ils interviennent à la demande de l'agence, ces agents agissent conformément aux lois et règlements qui leur sont applicables.

« *Art. L. 5146-5.* – Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État. »

**Article 25 bis D (nouveau)**

Le chapitre V du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Compétences et prérogatives de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en matière de médicaments vétérinaires » ;

2° Après l'article L. 5145-2, sont insérés deux articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 5145-2-1.* – L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments peut suspendre les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration d'un médicament vétérinaire ou d'une catégorie de médicaments vétérinaires non soumis à une autorisation ou à un enregistrement préalable à leur mise sur le marché ou à leur utilisation, lorsque ces médicaments ou les substances qu'ils contiennent soit présentent ou sont soupçonnés de présenter, dans les conditions normales d'emploi ou dans des conditions raisonnablement prévisibles, un danger pour la santé humaine ou pour la santé animale, soit sont fabriqués, mis sur le marché ou utilisés en infraction aux dispositions législatives ou réglementaires qui leur sont applicables.

« La suspension est prononcée soit pour une durée n'excédant pas un an en cas de danger ou de suspicion de danger, soit jusqu'à la mise en conformité des médicaments en cas d'infraction aux dispositions législatives ou réglementaires.

« L'agence peut interdire ces activités en cas de danger grave ou de suspicion de danger grave pour la santé humaine ou pour la santé animale.

« Elle peut aussi fixer des conditions particulières ou des restrictions pour l'utilisation des médicaments concernés afin de garantir leur sécurité sanitaire.

« *Art. L. 5145-2-2.* – Sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées, lorsqu'un médicament vétérinaire est mis sur le marché ou utilisé sans avoir obtenu l'autorisation ou l'enregistrement préalable exigé par les dispositions législatives ou réglementaires applicables à ce médicament, ou est mis sur le marché ou utilisé en infraction à ces dispositions, l'agence peut suspendre, jusqu'à la mise en conformité du médicament au regard de la législation et de la réglementation en vigueur, les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration de ce médicament vétérinaire. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 5145-5, les mots : « de l'article L. 5145-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 5141-5, L. 5141-9 et L. 5145-6 » ;

4° L'article L. 5145-7 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5145-7.* – Des décrets en Conseil d'État précisent, en tant que de besoin :

« 1° Les règles de procédure applicables en cas de sanction prévue aux articles L. 5145-3 à L. 5145-6, ainsi que les modalités de liquidation de l'astreinte ;

« 2° Les modalités d'application des articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2. »

## **Articles 25 bis et 25 ter**

*(Conformes)*

**Article 25 quater**

*(Conforme)*

**Article 25 quinquies**

I et II. – *(Non modifiés)*

III *(nouveau)*. – L'article L. 1333-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de patients exposés à des fins médicales à des rayonnements ionisants, ayant connaissance d'un incident ou accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'Autorité de sûreté nucléaire et au directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article L. 5212-2.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé informe le représentant de l'État territorialement compétent dans les conditions prévues à l'article L. 1435-1. »

IV *(nouveau)*. – En l'absence d'agence régionale de santé, les missions attribuées à son directeur général par le III sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

V *(nouveau)*. – Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1413-4 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les professionnels de santé transmettent à l'institut les données individuelles nécessaires à l'exercice de ses missions dans des conditions préservant la confidentialité de ces données à l'égard des tiers » ;

b) Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il organise la toxicovigilance en s'appuyant sur un réseau comprenant notamment les organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. » ;

2° Le 1° de l'article L. 1413-16 est ainsi rédigé :

« 1° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des données individuelles transmises à l'institut en application de l'article L. 1413-4 et des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel auxquelles il accède conformément à l'article L. 1413-5 ; ».

### **Article 25 *sexies***

*(Conforme)*

### **Article 25 *septies***

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 3121-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du conseil national de l'ordre des médecins. » ;

2° L'article L. 3121-2-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous

réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du conseil national de l'ordre des médecins. »

### **Article 25 octies A (nouveau)**

I. – Le 8° de l'article L. 1323-2 du code de la santé publique est complété par six phrases ainsi rédigées :

« Elle assure la mise en œuvre du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. À cette fin, les professionnels de santé lui déclarent sans délai les cas d'effets indésirables induits par ces produits dont ils ont eu connaissance. Les fabricants et les distributeurs participent à ce système de vigilance. Cette obligation est réputée remplie par la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 221-1-3 du code de la consommation. L'agence est tenue informée par les autorités administratives compétentes mentionnées au même article L. 221-1-3. Les fabricants et distributeurs fournissent à la demande de l'agence les informations nécessaires sur la composition de ces produits. »

II. – L'article L. 1323-11 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les conditions d'organisation du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. »

### **Articles 25 octies et 25 nonies**

*(Conformes)*

**Articles 25 *decies*, 25 *undecies*, 25 *duodecies*,  
25 *terdecies* et 25 *quaterdecies***

*(Supprimés)*

**Article 25 *quindecies***

*(Conforme)*

**Article 25 *sexdecies***

*(Supprimé)*

**Article 25 *septdecies (nouveau)***

L'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Le maintien à niveau sonore constant des séquences publicitaires ainsi que des écrans qui les précèdent et qui les suivent. »

**Article 25 *octodecies (nouveau)***

Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la date de publication de la présente loi, toutes mesures afin :

1° D'instituer un nouvel établissement public reprenant l'ensemble des missions exercées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, ainsi que les biens, personnels, droits et obligations de ces agences, notamment les obligations de l'employeur à l'égard des personnels ;

2° D'adapter aux domaines d'activité de cet établissement les règles déontologiques applicables à ses personnels, aux membres de ses conseils et commissions, et aux personnes



collaborant occasionnellement à ses travaux, ainsi que les sanctions pénales correspondantes ;

3° De modifier, en tant que de besoin, les codes et les lois non codifiées afin de les mettre en cohérence avec les dispositions qui seront prises en application des 1° et 2°.

Le projet de loi portant ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de cette ordonnance

## TITRE IV

### **ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ**

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### **Création des agences régionales de santé**

#### **Article 26 A**

I. – L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « avis », sont insérés les mots : « sur les projets de loi » ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés ».

II. – Après le 3° de l'article L. 211-2 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'État. »

III. – Après le 3° de l'article L. 221-3 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'État. »

IV. – Les dispositions prévues au II entrent en vigueur à l'échéance des mandats en cours des membres des conseils des caisses primaires d'assurance maladie.

V. – L'article L. 231-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes. »

VI. – Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils des caisses primaires appelées à fusionner au 1<sup>er</sup> janvier 2010 expire le 31 décembre 2009.

### **Article 26 B (nouveau)**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 182-2-1, il est inséré un article L. 182-2-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 182-2-1-1.* – I. – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.

« Le contrat d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs.

« Il détermine également les conditions :

« 1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de ce contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;

« 2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. – Le contrat d'objectifs est conclu pour une période minimale de quatre ans.

« Le contrat et, le cas échéant, les avenants qui le modifient sont transmis aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat mentionnées à l'article L.O. 111-9. » ;

2° L'article L. 182-2-3 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les orientations du contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) À la première phrase du neuvième alinéa, les mots : « au 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « au 3°, au 4° et au 7° » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°. » ;

3° L'article L. 182-2-4 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Négocie le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le président et le directeur général signent le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1. »

## **Article 26**

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :

### *« TITRE III*

### *« AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ*

#### *« CHAPITRE I<sup>ER</sup>*

#### *« Missions et compétences des agences régionales de santé*

« *Art. L. 1431-1.* – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« – des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;

« – des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« – des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du

présent code, ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1431-2.* – Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« À ce titre :

« *a)* Elles organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« *b)* Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« *c)* Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

« *d)* Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« À ce titre :

« a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« b) Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

« c) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« d) Dans le respect des compétences de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des mécanismes d'accréditation et d'évaluation institués par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« d bis) (*nouveau*) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« e) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-11, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques

des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« *f* ) (*nouveau*) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

« *g* ) (*nouveau*) Elles attribuent les aides régionales finançant les actions concourant à la qualité et à la coordination des soins mentionnées au I de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et disposent à cet effet de la dotation régionale qui leur est notifiée dans les conditions fixées aux V et VI du même article.

« *Art. L. 1431-3.* – Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

« *Art. L. 1431-4.* – Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'État, sauf disposition contraire.

## « CHAPITRE II

### « **Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé**

#### « *Section 1*

#### « **Organisation des agences**

« *Art. L. 1432-1.* – Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

« Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

« 1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

« 2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« – dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

« – dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

« Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

« *Sous-section 1*

« *Directeur général*

« *Art. L. 1432-2.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.

« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la



politique régionale de santé et l’informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.

« Il prépare et exécute, en tant qu’ordonnateur, le budget de l’agence. Il arrête le compte financier.

« Il arrête le projet régional de santé mentionné à l’article L. 1434-1.

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l’État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l’habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l’agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l’article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

« Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l’article L. 5125-4.

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Il désigne la personne chargée d’assurer l’intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l’exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

« Il peut ester en justice. Il représente l’agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il peut déléguer sa signature.

« *Sous-section 2*

« *Conseil de surveillance*

« *Art. L. 1432-3. – I. – Le conseil de surveillance de l’agence régionale de santé est composé :*

« 1° De représentants de l'État ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.

« Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'État dans la région.

« Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

« Il approuve le compte financier.

« Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.

« Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.

« II. – Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est salarié de l'agence ;

« 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;

« 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.

« III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« *Sous-section 3*

« *Conférence régionale de la santé et de l'autonomie*

« *Art. L. 1432-4.* – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

« L'agence régionale de santé met à sa disposition des moyens de fonctionnement.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

« Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

« Section 2

« **Régime financier des agences**

« Art. L. 1432-5. – Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.

« Art. L. 1432-6. – Les ressources de l'agence sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'État ;

« 2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

« 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

« Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

« Art. L. 1432-7. – *(Non modifié)*

« Art. L. 1432-7-1 *(nouveau)*. – L'État peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'État ou les agences régionales de santé.

« Section 3

« **Personnel des agences**

« Art. L. 1432-8. – *(Non modifié)*

« Art. L. 1432-9. – Les emplois de direction des agences régionales de santé ouvrent droit à pension au titre du code des

pensions civiles et militaires de retraite lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« *Art. L. 1432-10.* – Il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au deuxième alinéa dudit article 15 peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 2321-1 du même code. Il est doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 4111-2 du même code.

« Les dispositions du chapitre III du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code du travail sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du code du travail, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et, pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives, du livre IV de la deuxième partie du code du travail.

« *Art. L. 1432-11.* – Les modalités d’application de la présente section, notamment les mesures d’adaptation prévues à l’article L. 1432-10, sont déterminées par décret en Conseil d’État.

### « CHAPITRE III

#### « *Coordination des agences régionales de santé*

« *Art. L. 1433-1.* – Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l’État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d’assurance maladie membres de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l’assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu’elles auront à mettre en œuvre en termes de santé publique, d’organisation de l’offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

« Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l’animation du réseau des agences.

« Il évalue périodiquement les résultats de l’action des agences et de leurs directeurs généraux.

« Le comité de coordination veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

« *Art. L. 1433-2.* – Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.

« *Art. L. 1433-3.* – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

#### « *CHAPITRE IV*

### « *Planification régionale de la politique de santé*

#### « *Section 1*

### « *Projet régional de santé*

« *Art. L. 1434-1.* – Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1434-2.* – Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins, de plans de déplacements sanitaires et d'organisation médico-sociale ;



« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-15.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« *Art. L. 1434-3.* – Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région.

« *Art. L. 1434-4.* – *(Non modifié)*

« *Sous-section 1*

« *Schéma régional de prévention*

« *Art. L. 1434-5.* – Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« *Art. L. 1434-5-1 (nouveau).* – Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse

nationale de l'assurance maladie mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, des crédits provenant du Fonds national de prévention créé par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 88-16 du 5 juillet 1988 relative à la sécurité sociale. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de l'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention. Le directeur de l'agence régionale de santé en informe immédiatement les membres du conseil de surveillance.

« *Sous-section 2*

« *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 permanente et saisonnière 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 centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

« 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 pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-6-1 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 *ter* du code général des impôts.

« Il organise 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.

« *Art. L. 1434-8.* – Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« *Art. L. 1434-9.* – *(Non modifié)*

« *Sous-Section 3*

« *Schéma régional d'organisation médico-sociale*

« *Art. L. 1434-10.* – Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés au 4° de l'article L. 312-5 du même code.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

« *Art. L. 1434-10-1 (nouveau)*. – Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé correspondant aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, la dotation régionale mentionnée aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du même code est abondée des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables.

## « *Section 2*

### « ***Programme pluriannuel régional de gestion du risque***

« *Art. L. 1434-11*. – Le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé comprend, outre les actions nationales définies par la convention prévue à l'article L. 182-2-1-1, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

« Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé.

« *Art. L. 1434-12. – (Supprimé)*

« *Art. L. 1434-13. – (Non modifié)*

« *Section 3*

« ***Territoires de santé et conférences de territoire***

« *Art. L. 1434-14.* – L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie

d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'État dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

« *Art. L. 1434-15.* – Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

« CHAPITRE V

« *Modalités et moyens d'intervention  
des agences régionales de santé*

« *Section 1*

« *Veille, sécurité et polices sanitaires*

« *Art. L. 1435-1.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

« Les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

« Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1.

« Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

« L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.



« Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

« Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en son absence, à des agents placés sous son autorité.

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

« *Art. L. 1435-2.* – Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

« Le directeur de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.

## « Section 2

### « *Contractualisation avec les offreurs de services de 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, avec la participation des collectivités territoriales, 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, les pôles de santé et les maisons de santé.

« 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 pôles 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 ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

« Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Le contrat visé au premier alinéa est conforme au contrat-type national. Ce contrat-type est adopté, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé 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 ; il est adopté, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et 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, par les parties aux conventions et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.

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

« *Art. L. 1435-5.* – L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 du présent code. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

### « *Section 3*

#### « *Accès aux données de santé*

« *Art. L. 1435-6.* – L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ainsi que des organismes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment à ceux mentionnés aux articles L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale et L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles. Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. L'agence régionale de santé est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général décide également de la

fréquence de mise à jour et de transmissions des données issues des établissements de soins et médico-sociaux.

« Les agents ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

« Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Commission nationale de l'informatique et des libertés présente au Parlement un rapport évaluant les conditions d'accès aux données de santé par les agences régionales de santé.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des agences régionales de santé les applications informatiques et les accès à son système d'information nécessaires pour l'exercice de leurs missions. Une convention nationale conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'autorité compétente de l'État pour le compte des agences régionales de santé fixe le contenu et les conditions de cette mise à disposition et des services rendus.

#### « Section 4

#### « *Inspections et contrôles*

« *Art. L. 1435-7.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'État, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code.

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'État

territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, de l'Agence de la biomédecine, de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail et de l'Institut de veille sanitaire toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

« Le représentant de l'État dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection. »

#### **Article 26 bis A (nouveau)**

L'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « et celui des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé » ;

2° À la seconde phrase, les mots : « ou par les organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , les organismes locaux ou les agences régionales de santé ».

#### **Article 26 bis**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6121-6 est abrogé ;

2° Après la référence : « L. 6321-1 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 6147-9 est supprimée.

#### **Article 26 ter**

*(Conforme)*

**Article 26 quater**

*(Supprimé)*

CHAPITRE II

**Représentation des professions de santé libérales**

**Article 27**

I. – Après le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique tel qu’il résulte de l’article 19, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

« *TITRE III*

« **REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS  
DE SANTÉ LIBÉRALES**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 4031-1.* – Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d’association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d’État.

« Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d’État.

« *Art. L. 4031-2.* – Les membres des unions régionales des professionnels de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

« Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions.

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.

« Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en collèges qui regroupent les disciplines médicales et chirurgicales en fonction de critères tenant :

« – aux contraintes particulières relatives à la pénibilité et à la permanence des soins ;

« – à la proportion d'actes médico-techniques dans l'exercice de l'activité ;

« – à la participation aux soins de premier recours.

« Cette classification est déterminée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.

« Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 4031-3.* – Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

« Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.

« *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. »

II. – *(Non modifié)*



III. – Les conditions dans lesquelles s’opère, après la date d’entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque union régionale des médecins exerçant à titre libéral à l’union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins du même ressort font l’objet d’une convention entre ces deux instances. À défaut d’accord, le juge judiciaire est saisi à l’initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition.

IV. – *(Non modifié)*

V. – Après l’article L. 162-14-1-1 du même code, il est inséré un article L. 162-14-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-1-2. – I. –* La validité des conventions et accords mentionnés à l’article L. 162-5 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l’article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections à l’union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.

« II. – La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l’article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l’article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d’élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu’ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l’article L. 162-33 du présent code. »

VI. – Le quatrième alinéa de l’article L. 162-15 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des trois collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

« Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »

VII. – Par dérogation à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi, les enquêtes de représentativité qui doivent être organisées compte tenu des échéances conventionnelles sont reportées jusqu'à la mise en place des unions régionales des professionnels de santé. Les organisations syndicales reconnues représentatives à la date d'entrée en vigueur de la présente loi le restent jusqu'à l'organisation des enquêtes de représentativité suivantes.

CHAPITRE III

**Établissements et services médico-sociaux**

**Article 28**

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 247-2, le mot : « agrégées » est supprimé ;

1° *bis (nouveau)* La dernière phrase du III de l'article L. 312-1 est complétée par les mots : « et leurs règles de financement et de tarification » ;

2° L'article L. 312-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-3.* – La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue :

« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

« Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au Gouvernement et aux autorités locales concernées.

« La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes communs aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier. » ;

3° L'article L. 312-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5.* – Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :

« 1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;

« 2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :

« *a)* Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

« *b)* Aux services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4 ;

« 3° Le directeur de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique ;

« 4° Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Les représentants des organisations

professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. » ;

4° L'article L. 312-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5-1.* – Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional mentionné au 3° de l'article L. 312-5. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. » ;

4° *bis (nouveau)* Le septième alinéa de l'article L. 313-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif. » ;

5° L'article L. 313-1-1 devient l'article L. 313-1-2 ;

6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-1-1.* – I. – Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que des projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

« Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

« II (*nouveau*). – Les opérations de regroupements d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

« Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations. » ;

7° L'article L. 313-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-3.* – L'autorisation est délivrée :

« *a)* Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et

12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

« *b*) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, *b* du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article ;

« *c*) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

« *d*) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *b* ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

« *e*) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *c* ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. » ;

8° L'article L. 313-4 est ainsi modifié :

*a*) Au premier alinéa, le mot : « initiale » est supprimé ;

*b*) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ; »

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation. » ;

9° L'article L. 345-3 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

9° *bis* Le premier alinéa de l'article L. 348-4 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre sa personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

10° L'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire, qui comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;



11° Après l'article L. 313-12-1, il est inséré un article L. 313-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-2.* – Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

12° L'article L. 313-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-13.* – Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.

« Dans les établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'État, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé, mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les

personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L. 133-2 du présent code, dans les conditions définies à cet article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil général et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives.

« Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'État dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

« Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires accueillis dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

« Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ils peuvent, au titre des contrôles mentionnés au présent article et aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, effectuer

des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

13° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;

14° Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements médico-sociaux dont l'autorisation relève de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, soit exclusive soit conjointe avec le président du conseil général, les délibérations mentionnées au premier alinéa sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé. Dans ce cas, les compétences du représentant de l'État dans le département définies au présent article sont exercées par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

15° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est ainsi rédigé :

« L'article L. 344-5 du présent code s'applique également à toute personne handicapée accueillie dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 ou dans un établissement autorisé à dispenser des soins de longue durée, et dont l'incapacité, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 113-1, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret. » ;

16° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme

des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. » ;

*a bis) (nouveau)* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du      portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. » ;

*b)* Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. » ;

*c)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du      portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. » ;

*c bis) (nouveau)* Après le cinquième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.

« La disposition prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. » ;

d) Le c du 1° est abrogé ;

17° Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des aidants familiaux » ;

b) Aux b du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux » ;

18° Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

b) Aux b du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

19° (*nouveau*) L'article L. 313-26 devient l'article L. 313-27 et il est rétabli à l'article L. 313-26 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-26.* – Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

« Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

« Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. » ;

20° (nouveau) L'article L. 311-1 est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif les établissements et services privés qui :

« – exercent leurs missions sociales et médico-sociales dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ;

« – inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, qui décrit les modalités selon lesquelles les établissements et services qu'elle administre organisent leur action en vue de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux émergents ou non satisfaits, d'une part, et de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur, d'autre part ;

« – publient leurs comptes annuels certifiés ;

« – établissent le cas échéant des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décroisement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées.

« Les personnes morales de droit privé gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés adoptent le statut d'intérêt collectif par une délibération de leur organe délibérant transmise à l'autorité ayant compétence pour délivrer l'autorisation. La qualité d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif se perd soit par

une nouvelle délibération de l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, transmise à l'autorité ayant enregistré l'engagement initial dans l'intérêt collectif social et médico-social, soit du fait d'une appréciation de l'autorité ayant délivré l'autorisation, dans des conditions de procédure définies par décret.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'État. » ;

21° (*nouveau*) Après l'article L. 313-23-2, il est inséré un article L. 313-23-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-23-3.* – À défaut d'accord de branche ou d'accord d'entreprise ou d'établissement définissant les modalités d'un service minimum permettant d'assurer, en cas de grève, la sécurité du personnel et des personnes handicapées ou âgées accompagnées de façon permanente dans les établissements et services définis aux 2°, 5°, 6°, 7° et 12° de l'article L. 312-1, un service minimum est mis en place dans ces établissements et services dans des conditions prévues par décret. » ;

22° (*nouveau*) Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012. » ;

23° (*nouveau*) L'article L. 411-1 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen » sont remplacés

par les mots : « d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à une convention internationale ou un arrangement en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles » ;

b) Au septième alinéa, les mots : « le titre » sont remplacés par les mots : « le titre ou ensemble de titres » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. » ;

24° (*nouveau*) L'article L. 312-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 » sont remplacés par les mots : « qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions » ;

b) Au *b*, la référence : « L. 129-1 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 7232-1 » ;

c) Après le septième alinéa, il est inséré un *d* ainsi rédigé :

« *d*) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique. » ;

d) À la première phrase du huitième alinéa, les mots : « gestionnaires de services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « mentionnés au premier alinéa » et la référence : « L. 6133-1 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

e) Le début du neuvième alinéa est ainsi rédigé : « Les premier et troisième alinéas de l'article L. 6133-3, le premier alinéa de l'article L. 6133-4, les articles L. 6133-6 et L. 6133-7



du code de la santé publique sont applicables... (*le reste sans changement*) » ;

f) Au douzième alinéa, la référence : « L. 129-1 » est remplacée par la référence : « L. 7232-1 » ;

g) Au treizième alinéa, les mots : « telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique » et la dernière phrase sont supprimés ;

h) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel. » ;

25° (*nouveau*) Après l'article L. 313-14, il est inséré un article L. 313-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-14-1.* – Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 à l'exception du 10°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévues au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée,

l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement.

« La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux.

« L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code. »

II (*nouveau*). – A. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 257 est ainsi modifié :

a) Le début de l'avant-dernier alinéa du 1 du 7° est ainsi rédigé : « de la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que de locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article,

agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire s'ils remplissent... (*le reste sans changement*) » ;

b) À la première phrase du 7° *sexies*, après le mot : « portant », sont insérés les mots : « sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire » ;

2° Au 3° *septies* du I de l'article 278 *sexies*, après les mots : « apports de locaux », sont insérés les mots : « destinés à l'hébergement aux établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les ventes et apports de locaux aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire ».

B. – Les dispositions prévues au A s'appliquent aux locaux acquis, aménagés ou construits à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

III (*nouveau*). – 1. L'intitulé du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre V de la deuxième partie du code du travail est complété par les mots : « ou d'intérêt général ».

2. Le 2° de l'article L. 2512-1 du même code est complété par les mots : « ou d'une mission d'intérêt général et d'utilité sociale telle que définie à l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles ».

**Article 28 bis A (nouveau)**

Aux première et troisième phrases de l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, après les mots : « établissement public de santé », sont insérés les mots : « , les organismes visés à l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale gérant des établissements de santé ».

**Article 28 bis**

L'article L. 1111-24 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 16 *bis*, est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail.

« Ce groupement peut également attribuer, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés. »

**Article 28 ter (nouveau)**

À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les mots : « répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé » sont remplacés par les mots : « aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24 ».

CHAPITRE IV

**Dispositions de coordination et dispositions transitoires**

**Article 29**

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est abrogé ;

2° L'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est ainsi rédigé : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;

3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés ;

4° L'article L. 6162-7 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le représentant de l'État dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'État dans la région ; »

b) Après le mot : « État », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « mentionné au 1° » ;

5° (*nouveau*) L'article L. 6162-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La sous-section 2 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;

2° Le chapitre III du titre VIII du livre I<sup>er</sup> est abrogé ;

3° L'article L. 215-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-1.* – Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :

« 1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;

« 2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;

« 3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;

« 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;

« 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

« Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret. » ;

4° (*nouveau*) L'article L. 215-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2° du présent article. » ;

5° (*nouveau*) Après l'article L. 215-5, il est inséré un article L. 215-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-5-1. – I.* – Il est constitué auprès du conseil d'administration une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :

« 1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

« 2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

« Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

« Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

« II. – La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires. »

III. – (*Non modifié*)

IV (*nouveau*). – Par dérogation au 1° du II, les dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale et les décisions prises en application de ces dispositions par les missions régionales de santé demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du premier schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'agence régionale de santé.

Pour l'application du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé est substitué à la mission régionale de santé.

### **Article 30**

I. – À la date d'entrée en vigueur prévue au I de l'article 32 de la présente loi, dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, l'agence régionale de santé est substituée, pour l'exercice des missions prévues à l'article 26, à l'État, à l'agence régionale de l'hospitalisation, au groupement régional de santé publique, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, à la caisse régionale d'assurance maladie.

L'agence régionale de santé est substituée à la mission régionale de santé et à l'État, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence. Les biens immeubles de l'État sont mis à disposition de l'agence régionale de santé. Le représentant de l'État est autorisé, après avis du président du conseil général, à mettre à disposition de l'agence régionale de santé, pour l'exercice de ses missions, les biens immeubles mis à disposition de l'État par les départements en application de la loi n° 85-1098 du 11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'État, les départements et les régions des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement des services placés sous leur autorité. La dotation générale de décentralisation versée par l'État aux départements est maintenue en contrepartie des locaux mis à disposition des agences régionales de santé.

L'agence régionale de santé est substituée à l'agence régionale de l'hospitalisation et au groupement régional de santé publique dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Les conditions de dévolution à l'agence régionale de santé des biens meubles et immeubles détenus par ces groupements d'intérêt public sont celles fixées par les conventions les ayant constitués ou, le cas échéant, sont fixées par une décision de leurs organes délibérants. Une convention est signée aux fins de transfert entre le directeur de ces groupements et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.



Les conditions dans lesquelles s'opère le transfert des droits et obligations, biens meubles et immeubles de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie, pour la partie de ses compétences transférées, font l'objet d'une convention entre le directeur de ces dernières et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'État ni à perception d'impôts, droits ou taxes.

II. – Les fonctionnaires d'État exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public dont les activités sont transférées aux agences régionales de santé sont affectés dans ces agences. Ils conservent le bénéfice de leur statut.

Les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les praticiens hospitaliers exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les agents contractuels de droit public exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat.

Les agents contractuels de droit privé exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les organismes d'assurance maladie visés au I du présent article, le service du contrôle médical du régime général, les caisses de base du régime social des indépendants et les caisses de la mutualité sociale agricole au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail.

II *bis (nouveau)*. – Les personnels transférés restent affiliés au régime de retraite complémentaire dont ils relèvent à la date du transfert.

III. – (*Non modifié*)

### **Article 31**

Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un responsable préfigurateur de l'agence régionale de santé est chargé de préparer la mise en place de l'agence. À cette fin, il négocie et signe les conventions prévues à l'article 30 de la présente loi et assure le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

Il élabore le projet d'organisation des services, négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Sur la base des éléments transmis par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, il prépare le budget primitif du premier exercice de l'agence. Le budget primitif du premier exercice est arrêté par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

Le directeur général de l'agence peut exécuter le budget primitif en l'absence d'approbation du conseil de surveillance. Il prépare et soumet à l'approbation du conseil de surveillance de

l'agence un budget rectificatif dans les six mois suivant la date mentionnée au I de l'article 32.

Pour accomplir les missions qui lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'État, ainsi que de ceux de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie.

### **Article 32**

I. – Les IV et V de l'article 13, I à III de l'article 14, articles 26 à 29, à l'exception de l'article 27, et des 1°, 9°, 10°, 11°, 15, 16°, 17°, 18°, 23° et 24° de l'article 28 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

II. – Les 2°, 6°, 7° et 8° de l'article 28, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'au 31 décembre 2009 et ce pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article.

Les schémas prévus au 2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la présente loi sont pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé, jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 26 de la présente loi.

III et IV. – *(Non modifiés)*

V. – Jusqu’à la date prévue au I, les compétences attribuées à l’agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant des articles 1<sup>er</sup> à 13 et du XI de l’article 19 *ter* de la présente loi sont exercées par le directeur de l’agence régionale de l’hospitalisation.

VI. – Jusqu’à la date prévue au I, les compétences attribuées à l’agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l’article 17 de la présente loi sont exercées par la mission régionale de santé.

VII. – Jusqu’à la date prévue au I, les compétences attribuées à l’agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l’article 22 de la présente loi sont exercées par le groupement régional de santé publique.

VIII à X. – (*Non modifiés*)

XI (*nouveau*). – Le quatrième alinéa de l’article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l’entrée en vigueur de l’article 26 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte.

XII (*nouveau*). – Jusqu’à la date prévue au I, les autorisations de création de lactariums sont délivrées par le représentant de l’État dans le département.

### **Article 32 bis (*nouveau*)**

Le quatrième alinéa de l’article L. 1110-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase, les mots : « carte professionnelle de santé » sont remplacés par les mots : « carte de professionnel de santé », et après les mots : « L. 161-33 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou un dispositif équivalent agréé par l’organisme chargé d’émettre la carte de professionnel de santé » ;

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. »

### **Article 33**

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

– modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi et le respect de la hiérarchie des normes et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet ;

– étendre et adapter les dispositions de la présente loi aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie et aux Terres australes et antarctiques françaises, en adaptant le cas échéant en conséquence celles applicables à La Réunion et à la Guadeloupe.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance dans un délai de trois mois à compter de sa publication.

### **Article 34**

I. – Le statut d'établissement public industriel et commercial des « Thermes nationaux d'Aix-les-Bains » prend fin au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi, l'établissement étant transformé en une société anonyme qui prend son existence le premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi.

Cette transformation n'emporte ni création de personne morale nouvelle, ni cessation d'activité.

Le capital initial de la société est détenu intégralement par l'État.

II. – La société mentionnée au I est soumise aux dispositions législatives applicables aux sociétés commerciales sous réserve des dispositions du présent article.

Cette société est ajoutée à la liste figurant à l'annexe III de la loi n° 83-675 du 26 juillet 1983 relative à la démocratisation du secteur public.

Ses statuts sont initialement fixés par décret en Conseil d'État. Ils sont ensuite modifiés selon les règles applicables aux sociétés anonymes.

Les comptes du dernier exercice de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains avant sa transformation résultant du I sont approuvés dans les conditions de droit commun par l'assemblée générale de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Le bilan au premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains est constitué à partir du bilan, au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi, de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains et du compte de résultat arrêté à cette dernière date.

III à V. – *(Non modifiés)*

### **Article 35 (nouveau)**

Le 6° de l'article L. 722-20 du code rural est complété par les mots : « ainsi que les agents de droit privé des agences régionales de santé qui demeurent régis par les conventions collectives des organismes de mutualité sociale agricole ».

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 5 juin 2009.*

*Le Président,*

*Signé : Gérard LARCHER*