

Document
mis en distribution
le 28 octobre 2008



N° 1210

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008.

PROJET DE LOI

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

(Urgence déclarée)

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

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. François FILLON,
Premier ministre,

PAR Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le système de santé français, fondé sur le principe de solidarité, offre une qualité et une sécurité remarquables. Néanmoins, en raison d'une coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, l'accès aux soins devient une question croissante pour nos concitoyens. Ce système présente aujourd'hui des limites et des fragilités, alors que se profile le double défi du vieillissement de la population et de la spécialisation croissante des soins.

Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » a pour ambition d'engager l'indispensable modernisation de notre système de santé, en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins. Il appelle des modifications d'organisation à la fois dans le secteur sanitaire, hospitalier et ambulatoire, et dans le secteur médico-social. Une gestion transversale par un acteur unique au plan régional est une condition nécessaire. C'est la raison d'être de la réforme organisationnelle que constituent les agences régionales de santé. Enfin, ce projet de loi propose des actions de prévention qui contribueront à l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Certaines dispositions essentielles à la réforme seront mises en œuvre par voie réglementaire. Elles sont précisées dans l'exposé des motifs afin de mettre en lumière l'ensemble de la cohérence de ce projet.

Enfin, la mise en œuvre d'un tel projet exigera une volonté sans faille, une mise en œuvre déterminée, et une grande pédagogie. Dans ce but, une démarche d'accompagnement de la réforme sera mise en place dès la promulgation de la loi pour une durée de deux ans.

TITRE I^{ER} - MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.

Le présent titre a pour objet de rénover le fonctionnement des établissements de santé.

La définition des missions de service public est clarifiée. Quels que soient leurs statuts, tous les établissements peuvent y prétendre. La possibilité de confier des missions de service public aux établissements de santé privés ne sera mise en œuvre qu'en cas de carence, dans les zones de sous-densité d'offre de soins. Ces missions seront alors identifiées dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé. Des obligations garantissant l'égalité d'accès aux soins s'appliqueront à tous les établissements de santé, publics ou privés, assurant des missions de service public.

Le statut des établissements publics de santé est aussi profondément modernisé. La rénovation des instances et du mode de pilotage des hôpitaux vise à responsabiliser davantage le chef d'établissement en lui donnant les outils nécessaires à une gestion dynamique. Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration. Un directoire resserré se substitue au conseil exécutif. Le chef d'établissement, président du directoire, voit ses prérogatives renforcées.

La chaîne de décision est clarifiée. Le projet médical d'établissement est élaboré, sous l'autorité du président du directoire, par la commission médicale d'établissement et son président, qui est vice-président du directoire. De plus, le chef d'établissement délègue une partie de ses pouvoirs aux chefs de pôle. Les chefs de pôles exercent une responsabilité pleine et entière sur l'organisation interne de leur pôle et, disposent de plus d'une délégation de gestion.

Sur la base d'objectifs, le chef d'établissement sera évalué par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il devra en outre faire approuver le projet d'établissement et les comptes annuels par le conseil de surveillance.

Les mesures proposées visent également à simplifier les procédures, clarifier les responsabilités, tout en fixant des

objectifs de qualité et de sécurité. L'ensemble des personnels sera associé dans une démarche de qualité des soins. Dans le même esprit, un contrat rénové de droit public pourra être proposé aux praticiens hospitaliers incluant une rémunération variable en fonction de l'activité. Les parcours de ces praticiens optant pour la voie contractuelle sont sécurisés par le centre national de gestion.

Enfin, de nouvelles modalités de coopérations entre les établissements s'avèrent indispensables. Dans cet objectif, la *communauté hospitalière de territoire* est créée. Elle permettra aux établissements publics de santé de s'unir dans une stratégie commune d'organisation des soins. Les coopérations avec le secteur privé seront, elles aussi, facilitées : la procédure de création des groupements de coopération sanitaire est simplifiée, et leur champ de compétences étendu.

Chapitre 1^{er}. – Missions des établissements de santé.

Ce chapitre présente l'évolution du cadre juridique des missions des établissements de santé (article 1^{er}) et les conditions de mise en œuvre de la qualité et de la sécurité (article 2). L'article 3 définit le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens comme l'instrument juridique qui précise les missions, les engagements et les contreparties des établissements de santé.

Article 1^{er} – Missions des établissements de santé et missions de service public.

Les missions des établissements de santé sont étendues pour prendre en compte la complexité des parcours de soins et en assurer une bonne coordination. La diversité des modalités de prise en charge des patients est reconnue, et l'hospitalisation à domicile (HAD), comme les hospitalisations de jour, font désormais partie intégrante des modalités de prise en charge hospitalière. Les établissements de santé devront aussi participer à la coordination des soins, sous la responsabilité des agences régionales de santé. Ces missions sont assorties d'obligations d'accès aux soins, et notamment, pour les établissements privés, de l'application des tarifs conventionnés sans dépassements pour

l'ensemble de la prise en charge des patients accueillis en urgence ou au titre d'une de ces missions.

Les missions de service public seront attribuées sur la base de l'organisation territoriale définie dans le cadre du schéma régional de l'organisation des soins, puis inscrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), ainsi que des obligations garantissant l'égalité d'accès aux soins. En cas de carence, l'agence régionale de santé pourra, après consultation de l'ensemble des établissements du territoire, désigner un établissement pour exercer cette mission.

Lorsque les établissements de santé privés participent à l'une ou l'autre des missions de service public mentionnées dans leur CPOM, cette mention trouve sa déclinaison dans les contrats d'exercice libéral des médecins exerçant dans lesdits établissements. Les établissements privés qui participaient au service public hospitalier (PSPH) voient leur régime juridique et financier préservé ; leurs missions de service public seront également inscrites dans leur contrat.

Article 2 – Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé.

L'objectif est de simplifier et d'assouplir l'organisation interne des établissements en confiant à la commission médicale d'établissement (CME) la responsabilité de la définition de programme d'actions et d'indicateurs de suivi, en passant d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projet. Les établissements s'organisent librement pour répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Les différentes commissions relèvent de l'organisation interne de l'établissement ; elles sont rattachées à la commission médicale d'établissement

Quatre commissions restent obligatoires : la commission médicale d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité technique d'établissement (CTE), et la commission de relation avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRU PCQ).

Article 3 – Contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens.

Le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) est le vecteur privilégié de la mise en œuvre, par les établissements de santé et les titulaires d’autorisation, du schéma régional de l’organisation des soins. Il est également le support de l’attribution des missions de service public. Il est pour les agences régionales de santé un outil de définition et de suivi des engagements des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins.

CHAPITRE II. – Statut et gouvernance des établissements publics de santé.

Ce chapitre présente les dispositions créant un nouveau statut d’établissement public de santé (article 4), ainsi que les instances de gouvernance (articles 5 et 6) et les modalités de gestion interne et de recrutement des personnels médicaux et non médicaux (articles 7, 8 et 10). L’article 9 institue un principe de certification des comptes des établissements publics de santé, et l’article 11 aligne le droit patrimonial de ces établissements sur le droit commun.

Article 4 – Statut des établissements publics de santé.

Il est créé pour l’ensemble des établissements publics de santé un statut unique qui vise à simplifier leur gestion et de développer leur capacité d’adaptation. Ce nouveau statut confère une importance accrue au chef d’établissement.

Les conditions de nomination des directeurs reflètent leurs responsabilités nouvelles : les directeurs de CHU seront nommés en Conseil des ministres, les directeurs d’établissements continueront à être nommés par le centre national de gestion. Ils seront proposés à la nomination par le directeur de l’agence régionale de santé, après avis du conseil de surveillance.

Les hôpitaux locaux, bien intégrés sur leur territoire, constituent des supports essentiels pour l’accès aux soins de proximité et un facteur d’attractivité pour professionnels de santé libéraux. Dotés de ce nouveau statut, ils pourront continuer à fonctionner selon les mêmes modalités et leur régime de

financement n'est pas remis en cause. Sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé, certains centres hospitaliers pourront également faire appel à des médecins libéraux pour faire face à des situations spécifiques.

Article 5 – Conseil de surveillance des établissements publics de santé.

Un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses compétences sont recentrées sur la définition de principes, d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle. Sa composition est diversifiée, via trois collèges égaux en nombre (élus, personnels, personnalités qualifiées), pour mieux prendre compte la société civile, aux côtés des intérêts des territoires, des usagers et du personnel. Les instances intercommunales pourront aussi être représentées.

Le conseil de surveillance exerce un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'établissement et délibère sur le compte financier. À cette fin, son président a accès aux informations concernant le fonctionnement de l'établissement. Il est proposé de faire élire son président parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées.

Article 6 – Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé.

Le pilotage des hôpitaux publics doit être facilité par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement : président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Le président de la commission médicale d'établissement devient de droit vice-président du directoire.

Ses nouvelles attributions comprennent la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Il pourra également s'appuyer sur des chaînes de responsabilité clarifiées et des circuits décisionnels déconcentrés au niveau des pôles.

Le conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement.

Cette organisation consacre le rôle essentiel du président de CME, qui devient le vice-président du directoire. Le président de la CME élabore le projet médical, sous l'autorité du président du directoire, avec l'ensemble de la commission médicale, en relation avec l'équipe de direction pour tenir compte des éléments contenus dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ce sont les chefs de pôles qui, en tant que médecins, auront la responsabilité de son application.

Le comité technique d'établissement, la commission médicale d'établissement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ainsi que la commission des soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques seront consultés sur leurs domaines de compétence respectifs, qui seront précisés par voie réglementaire.

Article 7 – Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

L'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement permet de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de personnels issus d'autres fonctions publiques, de professionnels ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management.

Par symétrie avec cette ouverture, les directeurs d'établissements peuvent également être détachés sur un contrat de droit public, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé intéressée, pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.

Article 8 – Organisation interne des établissements publics de santé.

Les présentes dispositions visent à faire évoluer les règles de l'organisation hospitalière afin de donner aux établissements une plus grande réactivité.

Les chaînes de responsabilités au sein des établissements sont clarifiées, d'une part en renforçant les pouvoirs de l'organe exécutif, en particulier ceux du président du directoire mais

aussi ceux du président de la commission médicale d'établissement, et d'autre part en affirmant le rôle du chef de pôle qui se voit fixer des objectifs de résultats. Le chef de pôle bénéficie ainsi d'une délégation de gestion large, précisée au sein du contrat de pôle qu'il signe avec le président du directoire. Il a autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle. Il s'appuie sur les responsables de structures internes qui organisent le temps médical. Dans le cadre de sa délégation de gestion, le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier des personnels.

Il appartiendra à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place, après avis des praticiens, des structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services.

Article 9 – Certification des comptes des établissements de santé.

Dans un contexte de responsabilisation accrue des acteurs hospitaliers et de modernisation de la gestion, il convient de s'assurer de la fiabilité de la comptabilité et donc des résultats présentés par les établissements.

Une certification des comptes sera progressivement instituée, selon un calendrier de mise en œuvre à échelonner dans un délai de cinq ans, selon les catégories d'établissements, à l'instar des choix retenus pour les organismes de sécurité sociale. Cette certification sera coordonnée par la Cour des comptes.

Article 10 – Ressources médicales hospitalières.

Cet article crée un nouveau statut contractuel destiné à renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et à offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital. Ce contrat intégrera une modulation des rémunérations sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité.

Les établissements pourront recourir à ces nouveaux contrats pour recruter les praticiens notamment dans les spécialités

confrontées à des difficultés de recrutement. Ces nouveaux contrats seront également ouverts aux praticiens hospitaliers titulaires, dans le cadre d'un détachement limité dans le temps. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens préciseront le nombre maximum et la nature des emplois susceptibles d'être pourvus dans le cadre de ces contrats de cliniciens.

Ces praticiens bénéficieront d'un suivi de leur carrière par le centre national de gestion, ce qui sécurisera leurs parcours et garantira l'application homogène des dispositions réglementaires régissant ce nouveau statut contractuel.

Enfin, la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors union européenne est modifiée.

Article 11 – Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux, et contrats de partenariat.

Les procédures applicables aux baux emphytéotiques et aux contrats de partenariat conclus par les établissements publics de santé sont simplifiées. Ces délibérations deviennent exécutoires dès réception par le directeur de l'ARS qui peut déférer celles d'entre elles qu'il estime illégales devant le juge administratif et assortir son recours d'une demande de suspension.

Chapitre III – Favoriser les coopérations entre établissements de santé.

Les dispositions de ce chapitre visent à améliorer les coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé, selon deux modalités : les communautés hospitalières de territoire (article 12) et les groupements de coopération sanitaire (article 13).

Article 12 – Communautés hospitalières de territoire.

Le présent article vise à créer des communautés hospitalières de territoire (CHT), dont la taille et les moyens permettent de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion.

Il existe deux modalités d'organisation des CHT afin de s'adapter aux différents contextes territoriaux :

– la communauté hospitalière de territoire « fédérative » : l'un des établissements préexistants se voit déléguer des compétences par les autres établissements et assure ainsi le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, systèmes d'information...);

– la communauté hospitalière de territoire « intégrée » : les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la communauté hospitalière de territoire intégrée ; ils conservent néanmoins des instances consultatives, à la différence de la fusion.

La communauté hospitalière de territoire « fédérative » s'appuie sur un établissement siège qui définit un projet stratégique et médical commun, en lien avec les CME des établissements qui y adhèrent, et détermine la politique d'investissement. Les établissements adhérents restent autonomes juridiquement et financièrement tout en s'inscrivant dans le projet stratégique commun. Dans le cadre de ce projet stratégique, les établissements adhérents peuvent prévoir de modifier la répartition de leurs activités.

Article 13 – Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) constitue le mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés et permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, d'autres organismes ou le secteur médico-social. Il permet de mutualiser des moyens ou d'exercer en commun une activité autorisée sur un ou plusieurs territoires de santé, et à l'échelle d'une ou plusieurs régions.

La rédaction proposée permet de distinguer deux types de GCS : le GCS de mise en commun de moyens, qui permet d'organiser, de réaliser ou de gérer des moyens au nom et pour le compte de ses membres ; le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins, qualifié dans ce cas d'établissement de santé.

Les conditions dans lesquelles l'agence régionale de santé veille à l'évolution du système hospitalier et à l'organisation des coopérations sur son territoire sont précisées.

TITRE II – ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

Le présent titre a pour objet d'améliorer l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et organisée sur l'ensemble du territoire, tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux.

Ce titre propose de définir un mode d'organisation de l'offre de soins ambulatoire en fonction de niveaux de recours et des besoins de santé de la population (article 14). Il définit également pour la première fois la médecine générale de premier recours.

Plusieurs dispositions concourent à l'amélioration de la répartition des médecins sur le territoire national. Dès la formation universitaire, une réorientation des étudiants en médecine et des internes sera opérée vers les régions qui en sont le moins pourvues (article 15).

Au niveau régional, la répartition des professionnels de santé sera programmée au sein du volet ambulatoire, non opposable, du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) institué dans le titre IV de la présente loi.

La permanence des soins pourra être organisée et financée avec plus de souplesse au niveau régional en fonction des spécificités locales (article 16). Les coopérations entre professionnels seront facilitées au niveau local et sur la base du volontariat (article 17).

Enfin l'accès aux soins des plus défavorisés de nos concitoyens sera assuré par le renforcement de la lutte contre les refus de soins (article 18).

Ce titre prévoit également la simplification du dispositif de formation médicale continue, essentielle à la qualité des soins (article 19), la réforme de la biologie médicale (article 20), et l'application des directives européennes sur la reconnaissance des qualifications et des formations en santé (article 21).

Article 14 – Principes d’organisation de l’offre de soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours.

Le présent article a pour objet de définir un principe d’organisation du système de santé au niveau régional fondé sur les différents besoins de nos concitoyens.

Les besoins de proximité correspondent au premier recours et nécessitent une présence resserrée sur le territoire. La prise en charge des besoins plus spécialisés qui font appel à des ressources plus rares doit s’organiser sur un maillage et selon des modalités différentes. Elle correspond au second recours.

Ces définitions ont vocation à structurer l’organisation des SROS et à considérer, localement, l’accès à des soins de premier recours comme un sujet à part entière faisant l’objet d’une réflexion spécifique.

L’offre de soins de premier recours comporte l’ensemble des professionnels susceptibles de répondre aux besoins de proximité de nos concitoyens. Elle n’est pas restreinte aux seuls médecins généralistes et doit inclure des spécialistes et les paramédicaux.

Par son rôle spécifique dans la prise en charge et l’orientation des patients dans le système de soins, le médecin généraliste de premier recours devient l’acteur pivot de l’organisation de l’offre de soins ambulatoire.

Article 15 – Régulation territoriale de la démographie médicale par le *numerus clausus* de première année, la répartition des postes d’internes par spécialité.

Les dispositions du présent article visent à lutter contre le développement d’une inégalité d’accès aux soins, résultant d’une mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire et d’une absence de répartition du flux des étudiants dans les régions, selon les spécialités et en fonction des besoins. Il est en conséquence nécessaire de développer une vision pluriannuelle et organisée aux niveaux national et régional des dispositifs de détermination du *numerus clausus*, d’ouverture des postes aux examens d’internat et d’offre de post internat afin

de rééquilibrer la démographie médicale *in situ*. Ces mesures seront accompagnées d'un renforcement du rôle de proposition de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), par voie réglementaire.

Le *numerus clausus* sera déterminé par arrêté en s'appuyant à cette fin sur les comités régionaux de l'ONDPS. Pour ce qui concerne les postes aux épreuves classantes nationales (ECN), les effectifs pluriannuels d'internes à former par spécialité seront déterminés dans le cadre d'une prévision sur cinq ans et des quotas annuels par spécialité seront fixés sur cette base. Il conviendra également de veiller à offrir une possibilité de post-internat adapté à l'augmentation du nombre d'internes prévisible.

Article 16 – Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire.

Conformément aux conclusions des états généraux de l'organisation de la santé, et à la suite des travaux conduits par la mission d'appui pour la mise en œuvre de l'avenant 27 à la convention médicale et par les missions parlementaires sur l'accès aux soins et la permanence des soins, le présent article réaffirme la mission de service public de la permanence des soins ambulatoire et en confie l'organisation à l'agence régionale de santé, par le titre IV de la présente loi.

Cette mission est assurée par les médecins libéraux en collaboration avec les établissements de santé. Elle s'organise autour d'une régulation téléphonique accessible par un numéro national d'appel ou, en complément, à partir de plateformes interconnectées. L'assurance des médecins régulateurs dans les centres 15 est prise en charge par l'établissement.

Article 17 – Principe général de coopération entre professionnels de santé.

La collaboration entre professionnels de santé est nécessaire pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Sa mise en œuvre doit être facilitée pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité.

Le présent article vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors. Il s'agit de favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé. L'exigence de sécurité des soins aux patients fera l'objet de quatre garanties :

– les coopérations ne devront concerner que les professionnels de santé (médicaux/paramédicaux) ;

– le professionnel ne pourra intervenir que dans les limites de ses connaissances et son expérience ;

– les coopérations seront encadrées par des protocoles validés par la Haute Autorité de santé (HAS) (définissant et précisant l'identité des professionnels concernés, les formes de coopération, les disciplines, les pathologies, actes...) et feront l'objet d'un arrêté pris par le directeur de l'Agence régionale de santé. Il s'agit d'encourager et de développer une dynamique venant du terrain, dans le cadre de besoins de santé exprimés au niveau régional ;

– la traçabilité de ces coopérations sera assurée par un enregistrement, valant autorisation de mise en œuvre, entouré de garanties et effectué au niveau de l'agence régionale de santé, dans des conditions qui seront précisées par arrêté ministériel.

Article 18 – Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes.

Des travaux récents¹ ont mis en évidence l'existence de refus de soins, dont sont victimes, principalement, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) consultant des professionnels de santé de secteur II.

Plusieurs dispositions notamment déontologiques encadrent et répriment d'ores et déjà le refus de soins mais il est nécessaire d'interdire très clairement cette discrimination financière ou

¹ V. notamment, J-F Chadelat, « Rapport pour Monsieur le ministre de la santé et des solidarités. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », novembre 2006.

sociale à l'égard des bénéficiaires de la CMU et de l'aide médicale d'État (AME). C'est l'objet de la première partie de l'article.

Afin de faciliter la preuve du refus de soins, il est proposé d'instaurer une présomption de preuve en faveur des assurés. Cette mesure permettra, notamment, aux caisses d'assurance maladie de recourir à la procédure du test aléatoire, de façon encadrée et certifiée par la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE), afin d'en faire un moyen supplémentaire de preuve.

Les directeurs de caisse pourront ainsi sanctionner directement les professionnels par des pénalités financières après avis de la commission des pénalités.

D'autres actions seront engagées pour lutter contre la pratique des refus de soins et notamment le recensement par les caisses des 5 % de professionnels recevant la plus faible part de bénéficiaires de la CMU-c parmi leurs patients ainsi que l'attribution aux comités régionaux de l'observatoire nationale de la démographie des professions de santé placé auprès de chaque agence régionale de santé (ARS), d'une mission de suivi de l'accès aux soins.

Article 19 – Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie.

Les dispositifs actuels de formation continue des professions médicales et pharmaceutiques et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont le résultat de plusieurs textes législatifs successifs. Le dispositif d'ensemble a besoin d'être modifié.

Le dispositif de formation professionnelle continue (FPC) s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de formation médicale continue (FMC) et d'EPP et nécessite aussi une mise en cohérence avec ces dispositifs.

Le présent article vise d'une part, dans le souci de mieux garantir la qualité des prises en charge, à recentrer l'obligation de FMC sur l'évaluation des pratiques et d'autre part, à

simplifier et rationaliser les circuits de gestion administrative et le financement de la FMC, afin de garantir notamment la bonne mise en œuvre de son volet évaluatif.

En conséquence, les dispositions proposées visent à conforter l'obligation de formation continue, dorénavant recentrée sur la formation à visée évaluative. Il est précisé que celle-ci vise à engager les praticiens dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques au regard des référentiels validés de bonnes pratiques. Un conseil national unique par profession sera chargé de conseiller le ministre, notamment, sur les modalités d'organisation du dispositif, sur les priorités de formation continue, sur les critères d'enregistrement des organismes de formation. Ces conseils associeront outre des représentants des professionnels concernés, notamment la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La validation de l'obligation sera confiée aux autorités ordinales.

Par ailleurs, les financements de l'État et de l'assurance maladie seront regroupés dans un fonds unique afin de garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par les conseils nationaux.

En ce qui concerne les auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie, les dispositions visent à reprendre, en les rendant conformes aux dispositifs propres à chaque secteur d'activité, les modalités de la formation continue de ces professions.

Article 20 – Réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale.

Cet article autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures nécessaires à une réforme d'ensemble de la biologie médicale française. L'ordonnance définira l'organisation de cette discipline, sa place au sein du parcours de soins, l'ensemble des règles qui la régissent, les garanties qui doivent être apportées aux patients et les conditions nécessaires à l'efficacité du financement. La qualité de l'offre de soins doit être garantie de la même façon en ville et à l'hôpital et les règles de fonctionnement doivent permettre de renforcer la coopération entre les deux secteurs. L'ordonnance répondra aux exigences

européennes en veillant à apporter les garanties nécessaires à l'objectif prioritaire de protection de la santé publique.

Article 21 – Rapprochement des législations européennes des États membres relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles, des qualifications des cycles d'études médicales et aux dispositifs médicaux implantables.

Cet article a pour but d'autoriser le Gouvernement à prendre, par ordonnance, les dispositions nécessaires à l'intégration des directives européennes sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, des qualifications des cycles d'études médicales et celles relatives aux dispositifs médicaux implantables.

TITRE III. – PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE.

Les actions de prévention ont trop souvent été considérées comme secondaires par rapport aux soins. C'est donc une des missions des agences régionales de santé de rééquilibrer prévention et soins. C'est aussi pourquoi le présent titre érige-t-il, pour la première fois, l'éducation thérapeutique en une politique et une priorité nationales (article 22).

Parmi les grandes actions de prévention, et afin de préserver le capital santé des jeunes, ce projet de loi accentue les limitations d'accès à l'alcool (articles 23 et 24) et au tabac (article 25).

Article 22 – Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique concerne en priorité le patient mais également sa famille et son entourage. Elle offre des bénéfices en termes de qualité de vie, de réduction du nombre de complications, de diminution du nombre d'hospitalisations, de meilleure observance des prises médicamenteuses et des recommandations hygiéno-diététiques.

Pour atteindre l'objectif prioritaire d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, elle constitue une nécessité, en complément des soins, pour la pleine efficacité du système de santé de demain.

À côté des programmes d'éducation thérapeutique, des actions d'accompagnement des patients, qui s'en distinguent mais peuvent aussi orienter vers l'éducation thérapeutique, se sont également développées, dans une triple dimension d'accompagnement thérapeutique, d'accompagnement psycho-social et de soutien.

C'est pourquoi il est devenu indispensable d'offrir à ces pratiques le cadre institutionnel leur permettant de se développer dans le respect des contraintes méthodologiques ou réglementaires nécessaires.

Le présent article crée ce cadre permettant de favoriser des initiatives, de pérenniser les actions déjà entreprises et d'inscrire dans la durée les actions dans ce domaine, et définit la compétence en éducation thérapeutique du patient.

Article 23 – Interdiction de vente d'alcool aux mineurs.

La législation régissant la vente d'alcool aux mineurs est obsolète et ne correspond plus aux tendances actuelles de la consommation d'alcool. Les modes de consommation des jeunes se sont modifiés avec une augmentation des alcoolisations massives, le plus souvent avec des bières ou des alcools de troisième, quatrième ou cinquième catégories.

L'article propose donc de la simplifier pour la rendre plus protectrice, en interdisant toute vente de boissons alcoolisées aux mineurs.

Par ailleurs, les dispositions pénales applicables sont modifiées pour tenir compte de ces simplifications et adaptations.

Article 24 – Interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations-service, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente à domicile, contrôle.

Dans le même objectif que l'article 23, cet article vise à renforcer l'encadrement et les contrôles de modalités d'offres d'alcool qui se sont récemment développées :

– la vente dite au forfait communément appelée « open bar » (entrée payante et boissons gratuites à volonté). Il s'agit

d'interdire cette pratique qui s'adresse, en particulier, aux jeunes et qui a des conséquences sur les conduites d'alcoolisation massives ;

- la vente dans les points de vente de carburant : cette interdiction permet de lutter contre la surmortalité liée à l'alcool sur les routes. Il s'agit de limiter l'accès aux boissons alcooliques en interdisant totalement la vente dans ces commerces, aujourd'hui permise de 6h à 22h. Toutefois, pour des nécessités d'aménagement du territoire, des dérogations restreintes pourront être accordées par le préfet pour autoriser la vente en journée sur une plage horaire cependant plus restreinte qu'actuellement, de 8h à 18h. En revanche, la vente d'alcool réfrigérée, destinée à la consommation immédiate et dangereuse pour la conduite, y sera interdite ;

- la vente d'alcool réfrigéré à emporter : il s'agit d'encadrer cette offre, qui concerne le plus souvent des boissons brassicoles, destinée à une consommation immédiate. À cette fin, il est proposé de rapprocher ce type de pratique à de la vente à consommer sur place et d'imposer la détention du permis d'exploitation. Un délai d'un an est accordé aux commerçants pour se conformer à cette obligation ;

- la vente d'alcool à domicile : cette forme de vente, souvent pratiquée par de petites entreprises indépendantes, est actuellement en forte expansion. Elle échappe à toute réglementation. Un encadrement de ces pratiques de livraison de boissons alcooliques à domicile est proposé, en les assimilant à de la vente à emporter.

En cas d'infraction à ces interdictions ou obligations, le projet de loi prévoit les sanctions pénales adaptées.

Il s'agit de plus de renforcer les contrôles de certaines dispositions relatives à l'alcool et au tabac. Ainsi, afin de s'assurer de la bonne information des femmes enceintes pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, cette disposition propose l'extension des compétences de la direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) sur cette question. S'agissant de l'interdiction de fumer, ce sont certains corps de contrôle

exerçant dans le secteur de l'hygiène alimentaire, qui voient leurs compétences étendues.

Enfin, l'article prévoit de déclasser l'article L. 3512-1-1 relatif à la répression de la vente de tabac aux mineurs au niveau réglementaire, niveau de texte requis pour les contraventions.

Article 25 – Interdiction des « cigarettes bonbons ».

L'objectif de l'article est d'interdire la vente et la distribution de cigarettes dont le goût a été modifié afin d'attirer particulièrement un public jeune. Ces cigarettes contiennent autant, sinon davantage de nicotine et de goudron que les cigarettes classiques. Les arômes sucrés (vanille ou chocolat) permettent d'effacer l'âpreté des premières cigarettes et favorisent donc la dépendance à la nicotine.

Une enquête récente, réalisée à Paris, a mis en lumière le fait que 30 % des fumeurs âgés de treize ans consomment régulièrement ce type de cigarette.

Titre IV. – Organisation territoriale du système de santé.

Le titre IV décrit le statut et le fonctionnement des agences régionales de santé (article 26). Une nouvelle représentation des professionnels de santé libéraux est instituée (article 27). L'article 28 précise les dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux. Enfin, les dispositions transitoires et de coordination nécessaires à la mise en œuvre de la présente loi sont traitées dans les articles 29 à 33.

Chapitre I^{er} – Création des agences régionales de santé.

Article 26

Cet article crée les « agences régionales de santé » (ARS) pour renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé et le rendre plus efficace ; il définit les outils d'action des agences et précise les conditions de leur coordination nationale. Les ARS seront la « clé de voûte » qui permettra la mise en œuvre des dispositions figurant dans les trois premiers titres de la loi.

Le présent titre repose sur trois orientations fondamentales :

– renforcer l’ancrage territorial des politiques de santé : l’agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;

– simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l’État et de l’assurance maladie : les ARS regroupent en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elles vont se substituer :

- agences régionales de l’hospitalisation (ARH) ;
- services déconcentrés actuels de l’État (les pôles «santé» et «médico-social» des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, DRASS et DDASS) ;
- unions régionales des caisses d’assurance maladie (URCAM) ;
- groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;
- missions régionales de santé (MRS) ;
- partie « sanitaire » des caisses régionales d’assurance maladie (CRAM) par ailleurs recentrées sur leurs missions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la vieillesse ;

– mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l’efficacité de notre système de santé : les ARS vont renforcer la capacité d’action collective de notre système de santé:

- en couvrant l’ensemble du champ de la santé, les ARS surmontent les cloisonnements sectoriels et garantissent une conduite plus cohérente et plus efficace des politiques de santé sur un territoire ;
- elles disposeront de leviers d’action plus performants, par exemple en matière de répartition de l’offre de soins sur le territoire ou d’approfondissement de la démarche contractuelle avec les différents offreurs de soins ;

- elles seront compétentes en matière de gestion du risque au niveau régional.

Le chapitre I^{er} du nouveau titre III est consacré aux missions et aux compétences des agences.

Les ARS auront pour mission (article L. 1431-1 du code de la santé publique) de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le respect des objectifs nationaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé. Pour remplir ces missions, le périmètre d'action des ARS couvrira l'ensemble du champ de la santé.

Le chapitre II est consacré à l'organisation et au fonctionnement des agences régionales de santé.

L'agence doit disposer d'un cadre d'action stable et robuste : elle aura un statut d'établissement public (article L. 1432-1), dirigé par un directeur général nommé en conseil des ministres et doté d'un conseil de surveillance.

Pour renforcer les principes démocratiques sur lesquels est fondé notre système de santé, et associer plus étroitement les acteurs concernés par les politiques de santé à leur conception et à leur mise en œuvre, l'agence s'appuiera sur une conférence régionale de santé, qui participera à la définition de la politique régionale de santé. La CRS sera composée d'une commission plénière et de commissions spécialisées.

Pour garantir la proximité territoriale nécessaire à la conduite des politiques de santé et pour assurer les liens indispensables avec les acteurs locaux, dont les conseils généraux, l'agence aura une délégation territoriale dans chaque département.

Pour remplir ses missions et être pleinement efficace, l'agence régionale de santé doit disposer d'un exécutif fort. Le directeur général de l'agence aura ainsi des compétences larges (article L. 1432-2). Il prendra toutes les décisions relevant des missions de l'agence, et arrêtera en particulier le projet régional de santé. Il aura autorité sur les services de l'agence et décidera de son organisation et de son fonctionnement. Pour assurer son

autorité, le directeur général sera nommé en Conseil des ministres et aura un mandat, assorti d'une lettre de mission précisant ses objectifs.

La gouvernance des ARS assurera un juste équilibre entre l'autorité forte de l'exécutif et une bonne représentation des différentes parties prenantes, indispensable à une large concertation. L'instance délibérante de l'ARS sera le conseil de surveillance (article L. 1432-3). Il sera chargé d'émettre un avis annuel sur les résultats de l'action de l'agence et d'en approuver le compte financier. Il sera composé de représentants de l'État, de représentants des organismes d'assurance maladie, d'élus des collectivités locales, de personnalités qualifiées et de représentants des usagers. Il sera présidé par le représentant de l'État dans la région.

La conférence régionale de santé (article L. 1432-4) est une instance de démocratie sanitaire, lieu privilégié de la concertation. Son champ de compétence est élargi pour couvrir l'ensemble des enjeux de santé. À l'image du conseil économique et social régional, les différents collèges de la commission plénière rassembleront l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de santé dans la région. La commission plénière de la conférence peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS au moment de l'élaboration du projet régional de santé afin de mieux prendre en compte les besoins de santé. Elle a un rôle d'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et des usagers du système de santé. Elle organise le débat public sur les questions de santé. Elle est saisie pour avis par l'ARS et peut également s'autosaisir.

Des commissions spécialisées de la CRS sont instituées, qui traiteront notamment du secteur médico-social, de la prévention et de la sécurité sanitaire, des soins de ville, et des soins hospitaliers. Ce sont des instances consultatives, qui donnent un avis et font des propositions sur les schémas qui composent le projet régional de santé et les autorisations qui en découlent. Faisant œuvre de simplification, elles se substituent aux commissions existantes (CROSS, CROSMS section médico-sociale...).

Les ressources des ARS sont composées d'une subvention de l'État, de contributions des régimes d'assurance maladie et de la CNSA (pour des actions concernant le secteur médico-social), qui seront définies après consultation de ces caisses, et de ressources propres. Les ARS peuvent en outre bénéficier d'apports volontaires de la part de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

L'agence emploiera des fonctionnaires d'État, en particulier ceux des pôles sanitaires des DRASS et DDASS. Réunion des forces de l'État et de l'assurance maladie, l'agence emploiera aussi des agents de l'assurance maladie. Enfin, le directeur de l'agence pourra recruter des contractuels de droit public. Tous les agents des ARS seront employés dans les conditions de droit commun de leur statut actuel.

L'ARS conduit à un mariage des cultures : il s'agit d'enrichir les cultures existantes, non de les dissoudre. Elle disposera donc d'instances représentatives du personnel (article L. 1432-12), compétentes pour l'ensemble du personnel et offrant des garanties de même nature que les instances actuelles propres à chaque catégorie d'agents.

Le chapitre III est consacré à la coordination des agences régionales de santé.

La mise en place d'un pilotage unifié au niveau régional rend indispensable une étroite coordination des acteurs nationaux concourant à leur pilotage. Il est ainsi créé (article L. 1433-1) un comité de coordination des ARS, qui réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la CNSA, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'UNCAM. 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.

Ce comité est chargé de coordonner l'action des ARS, et notamment de garantir la cohérence des instructions qui leurs sont données.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé entre chaque agence et les ministres chargés de la tutelle (article L. 1433-2).

Le chapitre IV est consacré à la définition de la politique régionale de santé.

Le projet régional de santé poursuit deux objectifs essentiels :

- simplifier et clarifier la situation actuelle, qui voit coexister de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels qui ne sont pas assez articulés entre eux et ne permettent donc pas une action efficace d'organisation et de régulation du système de santé ;

- assurer la transversalité de la politique conduite par l'ARS, en donnant une lisibilité à son action, et donner un cadre pour fédérer les initiatives des acteurs.

Il est constitué de trois éléments :

- un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et les objectifs ;

- des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

- le cas échéant, de programmes déclinant les modalités d'application, notamment financières, de ces schémas.

Le projet est arrêté par le directeur de l'ARS, après concertation préalable avec les différents acteurs concernés par sa mise en œuvre et après avis du représentant de l'État dans la région.

Les différents schémas régionaux permettent d'élaborer la politique de santé au niveau régional. Ainsi, le schéma régional de prévention (article L. 1434-5) inclut, notamment, des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé et à la sécurité sanitaire, et organise l'observation des risques émergents et la gestion des événements qu'ils peuvent provoquer. Le schéma régional d'organisation des soins (articles L. 1434-6 à 9) englobe désormais l'ensemble de l'offre de soins

hospitalière et ambulatoire et détermine les zones géographiques de l'accès aux soins de premier et de second recours. Le schéma ambulatoire n'est pas opposable. Le schéma régional de l'organisation médico-sociale (article L. 1434-10) permet de définir la politique conduite par l'agence pour répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Il porte également sur l'articulation des réponses sanitaires et médico-sociales, pour assurer le caractère transversal de l'action de l'ARS.

Les modalités de participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre du projet régional de santé font l'objet d'un contrat avec l'agence, fondé notamment sur un programme pluriannuel de gestion du risque assurantiel en santé.

La territorialisation des politiques de santé et la réduction des inégalités territoriales en santé sont au cœur de l'ambition des ARS. Les articles L. 1434-14 et 15 donnent ainsi la possibilité au directeur général de l'agence régionale de santé de créer des territoires de santé. Dans chacun de ces territoires, il peut mettre en place une conférence de territoire. Rassemblant des représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, cette conférence organise la concertation et l'action conjuguée de ces acteurs pour établir un diagnostic partagé sur les enjeux sanitaires du territoire et faire des propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet régional de santé.

Enfin, la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé (article L.1434-15) conclus notamment avec les collectivités territoriales. Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social.

Le cinquième chapitre du nouveau titre III est consacré aux moyens et outils de mise en œuvre de la politique régionale de santé.

La veille, la sécurité sanitaire et les polices sanitaires

Les articles L. 1435-1 et 2 traitent de la veille, de la sécurité et de la police sanitaire. La logique de métier et la cohérence de

la politique de santé publique rendent indispensable la compétence de l'ARS sur ces sujets. En complément, une « logique opérationnelle de proximité » impose d'assurer une articulation efficace entre l'ARS et les représentants de l'État dans le département, compétents en matière d'ordre public et de gestion de crise.

La contractualisation avec les offreurs de services en santé

Pour associer les offreurs de soins à ses objectifs et missions, l'agence recourra de façon privilégiée à la démarche de contractualisation. Deux types de contrats sont prévus :

- des contrats d'objectifs et de moyens (article L.1435-3) que l'agence pourra établir avec les établissements de santé, les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé, ainsi qu'avec les services et établissements médico-sociaux ;

- des contrats d'amélioration des pratiques en santé (article L.1435-4) pour les professionnels de santé exerçant en ambulatoire ou en hospitalier ou en secteur médico-social, mais aussi les établissements eux-mêmes. Ces contrats pourront porter sur la participation à des actions de dépistage et de prévention, à la continuité et la coordination des soins, les conditions d'installation, la permanence des soins, l'amélioration des pratiques.

L'agence organise la mission de permanence des soins (article L.1435-5), selon des modalités définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

Pour mener à bien ses missions, l'agence a accès aux données issues des systèmes d'information des organismes d'assurance maladie (article L. 1435-6).

Les inspections et le contrôle

L'article L. 1435-7 donne la possibilité au directeur général de l'agence régionale de la santé de conférer la qualité d'inspecteur et de contrôleur à des agents placés sous son autorité qui satisfont à des conditions d'aptitude technique et juridique, précisées par décret, en plus de ceux à qui des missions d'inspection et de contrôle sont déjà confiées par le

code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles (médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, ingénieurs...).

Chapitre II. – Représentation des professionnels de santé libérales.

Article 27

Dans chaque région, une union régionale des professionnels de santé (URPS) rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Cet article modifie le mode de désignation des organisations représentatives des différentes professions conventionnées en s'inspirant, dans un souci de cohérence, du schéma récemment retenu pour les salariés. Des élections seront ainsi organisées au sein de chaque région, qui détermineront les représentants de chaque profession au niveau régional. Ce scrutin permettra de désigner les organisations représentatives au niveau national. Les élections devront être organisées en cohérence avec l'échéance des conventions.

Les URPS, qui remplacent les URML, participent 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. Elles peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

Au niveau national, les critères de reconnaissance de la représentativité des syndicats sont élargis pour inclure l'audience, fondée sur les résultats aux élections aux URPS.

Chapitre III. – Dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux.

Article 28

Dans le cadre de la gouvernance nouvelle instaurée par les agences régionales de santé, cet article redéfinit les principes de planification et d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

En matière de planification, l'article L. 312-5 met en place une démarche coordonnée entre les agences régionales de santé et les conseils généraux, dans le respect des compétences de chacun et dans le cadre de la commission de coordination instituée par l'article 26. Au sein de cette commission, les conseils généraux et l'agence pourront établir un constat partagé de l'évaluation des besoins à satisfaire et se coordonner sur les réponses médico-sociales à y apporter.

En matière d'autorisation, l'article L. 313-1-1 met en place une procédure d'appel à projets sur laquelle doit s'appuyer la procédure d'autorisation, afin d'apporter la meilleure réponse aux besoins identifiés tout en permettant l'émergence de solutions innovantes. L'article L. 313-3 précise les attributions respectives de l'agence, de l'État et des conseils généraux, en matière d'autorisation des établissements et services.

Chapitre IV. – Dispositions de coordination et dispositions transitoires

Article 29

Cet article définit les mesures de coordination rendues nécessaires par la création des agences régionales de santé, notamment pour acter la substitution des ARS aux actuels GRSP, ARH, MRS et URCAM.

De plus, pour tirer les conséquences du transfert aux ARS des missions relatives à l'organisation des soins actuellement exercées par les CRAM, l'article L. 215-1 du code de la sécurité sociale est modifié pour adapter les missions de ces organismes, dont l'intitulé devient « caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail ».

Article 30

Cet article prévoit les mesures de transferts à l'ARS des biens, droits et obligations des organismes dont elle est issue. Il organise également le transfert ou l'affectation au 1^{er} janvier 2010 des agents titulaires et contractuels de l'État, des ARH et de l'assurance maladie à l'ARS, pour les activités transférées. Ces transferts et affectations se font avec maintien des droits statutaires et des stipulations des contrats.

Article 31

Pour préparer la mise en place opérationnelle des ARS au 1^{er} janvier 2010, une action de préfiguration est indispensable dès 2009. Cet article prévoit donc la nomination de préfigureurs, chargés de préparer la mise en place des agences. Ils sont en particulier responsables de la coordination de la dissolution des organismes auxquels l'agence est substituée (ARH, GRSP, URCAM).

Article 32

Cet article prévoit la date d'entrée en vigueur des dispositions du titre IV relatif à la création des ARS. L'essentiel des dispositions ont vocation à entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Article 33

Cet article habilite le Gouvernement à procéder par ordonnance pour trois champs très précis et encadrés :

- les mesures de mise en cohérence des textes rendues nécessaires par la présente loi ;
- la révision du régime des centres de lutte contre le cancer ;
- les mesures d'adaptation des dispositions de la loi à certaines collectivités d'outre-mer (Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte).

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, qui sera chargée d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE I^{ER} MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER} Missions des établissements de santé

Article 1^{er}

- ① I. – L'article L. 6111-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 6111-1.* – Les établissements de santé, publics et privés, assurent, dans les conditions prévues par le présent code, les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.
- ③ « Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

- ④ « 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.
- ⑤ « Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.
- ⑥ « Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »
- ⑦ II. – L'article L. 6111-2 du même code est abrogé.
- ⑧ III. – L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par l'intitulé suivant : « Chapitre II – Missions de service public des établissements de santé ».
- ⑨ IV. – Les articles L. 6112-1, L. 6112-2 et L. 6112-3 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑩ « *Art. L. 6112-1.* – Les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou à participer à une ou plusieurs des missions de service public suivantes :
- ⑪ « 1° La permanence des soins ;
- ⑫ « 2° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- ⑬ « 3° La formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers ;
- ⑭ « 4° La formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- ⑮ « 5° La recherche en santé ;
- ⑯ « 6° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- ⑰ « 7° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

- ⑮ « 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 ;
- ⑯ « 9° Les actions de santé publique ;
- ⑰ « 10° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- ⑱ « 11° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par décret ;
- ㉑ « 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 ;
- ㉓ « 13° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.
- ㉕ « *Art. L. 6112-2.* – Les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 peuvent être assurées, en tout ou partie :
- ㉖ « 1° Par les établissements de santé ;
- ㉗ « 2° Par les groupements de coopération sanitaire ;
- ㉘ « 3° Par 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 ;
- ㉙ « 4° Par le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil des ministres ;
- ㉚ « 5° Par les autres titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ;
- ㉛ « 6° Par les praticiens exerçant dans les établissements ou structures énumérés aux 1° à 5°.
- ㉜ « 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 les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 6° qui en sont chargées.

- ③② « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique prévoit les obligations auxquelles est assujetti l'établissement de santé ou la personne chargée de la mission de service public et les modalités selon lesquelles est calculée, le cas échéant, la compensation financière de ces obligations.
- ③③ « *Art. L. 6112-3.* – L'établissement de santé ou la personne chargée de l'une des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 assure à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir dans le cadre de ces missions les garanties suivantes :
- ③④ « 1° L'égal accès à des soins de qualité ;
- ③⑤ « 2° L'accueil et la prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
- ③⑥ « 3° La possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.
- ③⑦ « Les garanties mentionnées au 1° et au 3° sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors que celui-ci a été admis ou accueilli et pris en charge au titre de l'urgence ou de l'une des missions énumérées au 1° et 6° à 13° de l'article L. 6112-1.
- ③⑧ « Les obligations qui incombent à l'établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2, en application des dispositions du présent article, s'imposent aux praticiens qui y exercent. »
- ③⑨ V. – Après ces articles, est inséré un article L. 6112-3-1 ainsi rédigé :
- ④⑩ « *Art. L. 6112-3-1.* – Les obligations à l'égard des patients prévues au 1° et au 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements publics de santé pour l'ensemble de leurs missions.

- ④① « 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, sans préjudice des dispositions des articles L. 6146-2 et L. 6154-1 du présent code. »
- ④② VI. – Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6122-7 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ④③ « La délivrance ou le renouvellement de l'autorisation peut-être subordonnée à la participation à une ou plusieurs des missions de service public prévues à l'article L. 6112-1 ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins.
- ④④ « L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au I de l'article L. 6122-13 si la condition ainsi mise à son octroi n'est pas réalisée. »
- ④⑤ VII. – L'article L. 6161-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④⑥ « *Art. L. 6161-4.* – Les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale, mentionnés au premier et deuxième alinéa de l'article L. 4113-9, entre un établissement de santé ou une personne qui assure une ou plusieurs des missions prévues à l'article L. 6112-1 et les praticiens qui y exercent prévoient, en tant que de besoin, leur participation médicale à ces missions et l'octroi aux patients accueillis dans leur cadre des garanties fixées à l'article L. 6112-3.
- ④⑦ « Le cas échéant, les contrats mentionnés à l'article L. 4113-9 sont révisés dans un délai de six mois à compter de la signature du contrat mentionné au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 qui assujettit l'établissement de santé ou l'une des personnes mentionnées au même article à des obligations de service public. Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture. »
- ④⑧ VIII. – Le premier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

- ④⑨ « Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie. »
- ⑤⑩ IX. – L'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤⑪ « *Art. L. 162-20.* – Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente. »
- ⑤⑫ X. – L'article L. 6311-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤⑬ « *Art. L. 6311-2.* – Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément aux dispositions du chapitre II du titre II du livre I^{er} 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.
- ⑤⑭ « 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.
- ⑤⑮ « Le fonctionnement de ces unités et centre peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral.
- ⑤⑯ « Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours. »
- ⑤⑰ XI. – L'article L. 6112-5 du même code est abrogé.
- ⑤⑱ XII. – L'article L. 6323-1 du même code est ainsi modifié :
- ⑤⑲ 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥① « Les centres de santé élaborent un projet de santé. » ;

- 61 2° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre » sont remplacés par les mots : « soit par des établissements de santé » ;
- 62 3° Le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- 63 « Ils sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret. »
- 64 XIII. – L'article L. 6323-2 du même code est abrogé.
- 65 XIV. – L'article L. 6111-3 du même code est complété par un troisième alinéa ainsi rédigé :
- 66 « Les établissements de santé peuvent créer et gérer les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1. »
- 67 XV. – Les articles L. 6161-3-1, L. 6161-5, L. 6161-6, L. 6161-7, L. 6161-8, L. 6161-9 et L. 6161-10 du même code sont abrogés.
- 68 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 continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues à leur contrat pluriannuel d'objectif 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.
- 69 Jusqu'à la date choisie en application du premier alinéa du XVI, les dispositions des articles L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et des 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.
- 70 Jusqu'à la date choisie en application du premier alinéa du XVI, les dispositions de l'article L. 6161-3-1 et du dernier alinéa

de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, leur restent applicables.

⑦① XVII – Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectif 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 du 18 décembre 2003 précitée.

⑦② Jusqu'à la date choisie en application du premier alinéa du XVII, les dispositions des articles L. 6143-2 et L. 6143-2-1, des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et de l'article L. 6145-1 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.

⑦③ Jusqu'à la date choisie en application du premier alinéa du XVII, les dispositions de l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur restent applicables.

⑦④ 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'objectif 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 du 18 décembre 2003 précitée.

⑦⑤ Jusqu'à la date choisie en application du premier alinéa du XVIII, 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.

⑦⑥ Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance prévue au 2° de l'article 33 de la présente loi, les dispositions des articles

L. 6112-3, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, des cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et des articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leurs sont applicables.

⑦ Jusqu'à la date mentionnée au troisième alinéa du XVIII, les dispositions des articles L. 6161-3-1 et du dernier alinéa de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, leur restent applicables.

⑧ XIX. – Les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier conclus en application de l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, ne sont pas renouvelés. Ils prennent fin au plus tard à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 précitée.

Article 2

① I. – Il est rétabli un article L. 6111-2 du code de la santé publique ainsi rédigé :

② « *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.

③ « Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables et les infections associés aux soins, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »

④ II. – L'article L. 6144-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

⑤ « *Art. L. 6144-1.* – Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement.

⑥ « La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

- ⑦ « Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par décret. »
- ⑧ III. – Les deux derniers alinéas de l’article L. 5126-5 du même code sont supprimés.
- ⑨ IV. – L’article L. 6161-2 du même code est ainsi modifié :
- ⑩ 1° Au premier alinéa, les mots : « ne participant pas au service public hospitalier » sont supprimés ;
- ⑪ 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « La conférence médicale contribue à l’élaboration de la politique d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elle propose au représentant légal de l’établissement un programme d’actions assorti d’indicateurs de suivi. »
- ⑬ V. – Le premier alinéa de l’article L. 6113-8 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑭ « 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 sanitaire, ainsi qu’au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation. »
- ⑮ VI. – Le dernier alinéa de l’article L. 1151-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑯ « 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.
- ⑰ « L’utilisation de ces dispositifs médicaux et la pratique de ces actes 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.

- ⑮ « Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches biomédicales définies au titre II du livre I^{er} de la première partie du présent code, 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^{er} de la sixième partie du présent code. »
- ⑯ VII. – Le dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 3

- ① Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② I. – L'intitulé de ce chapitre est ainsi rédigé : « Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ».
- ③ II. – L'article L. 6114-1 est ainsi modifié :
- ④ 1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤ « 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 comprend des obligations relatives à une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans. » ;
- ⑥ 2° Les cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;
- ⑦ 3° Le septième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑧ « Le contrat peut être résilié avant son terme 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. » ;
- ⑨ 4° Le huitième alinéa est supprimé ;
- ⑩ 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, 1 % 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. » ;

⑪ III. – L'article L. 6114-2 est ainsi modifié :

⑫ 1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑬ « 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 à L. 1434-7 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-8. » ;

⑭ 2° Le deuxième alinéa est supprimé ;

⑮ 3° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑯ « 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. » ;

⑰ 4° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑱ « 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.

- ⑲ « 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. » ;
- ⑳ 5° Au septième alinéa, les mots : « trois mois » sont remplacés par les mots : « six mois » ;
- ㉑ IV. – L'article L. 6114-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉒ « *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.
- ㉓ « Ils intègrent des objectifs d'efficience et d'évolution des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12.
- ㉔ « Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social. »
- ㉕ V. – L'article L. 6114-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉖ « *Art. L. 6114-4.* – Pour les établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 du même code. 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. »

CHAPITRE II

Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 4

- ① I. – L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 6141-1.* – Le ressort des établissements publics de santé est communal intercommunal, départemental, interdépartemental, régional, interrégional ou national. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'État dans les conditions fixées au présent titre. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional ou par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas.
- ③ « Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur nommé :
- ④ « 1° Pour les centres hospitaliers universitaires, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé ;
- ⑤ « 2° Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, par arrêté du directeur général du centre national de gestion, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de la santé, après avis du président du conseil de surveillance ;
- ⑥ « 3° Par dérogation au 2°, pour les établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire autres que l'établissement siège, par arrêté du directeur général du centre national de gestion, sur proposition du président du directoire de l'établissement siège après avis du président du conseil de surveillance de l'établissement membre.
- ⑦ « 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 sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. »
- ⑧ II. – L'article L. 6141-2 du même code est ainsi modifié :

- ⑨ 1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑩ « Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire de droit public exerçant des activités de soin soumises à autorisation en application des articles L. 6122-1 ou L 6122-21. » ;
- ⑪ 2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.
- ⑫ III. – Il est inséré, après l’article L. 6141-2 du même code, un article L. 6141-2-1 ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 6141-2-1.* – L’établissement public de santé dispose des ressources suivantes :
- ⑭ « 1° Produits de l’activité hospitalière et de la tarification sanitaire et sociale ;
- ⑮ « 2° Dotations ou subventions de l’État, d’autres personnes publiques et des régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- ⑯ « 3° Produits des ventes de biens ou services et produits des brevets qu’il détient ;
- ⑰ « 4° Revenu des participations et produits financiers et divers ;
- ⑱ « 5° Dons, legs, subventions et apports ;
- ⑲ « 6° Produits des cessions d’actifs et produits exceptionnels ;
- ⑳ « 7° Emprunts et avances. »
- ㉑ IV. – Après l’article L. 6141-7-2 du même code, il est inséré un article L. 6141-7-3 ainsi rédigé :
- ㉒ « *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.

- ②③ « Ces fondations disposent de l'autonomie financière.
- ②④ « Les dispositions relatives à la reconnaissance d'utilité publique de ces fondations, prévues 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 premier alinéa du présent article relatives à la personnalité morale.
- ②⑤ « Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont fixées par ses statuts qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.
- ②⑥ « Les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Article 5

- ① I. – L'intitulé du chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :
« Conseil de surveillance et directoire ».
- ② II. – L'article L. 6143-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 6143-1.* – Le conseil de surveillance exerce le contrôle de l'établissement. Il délibère sur :
- ④ « 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- ⑤ « 2° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- ⑥ « 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- ⑦ « 4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le président du directoire ;
- ⑧ « 5° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

- ⑨ « 6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement. »
- ⑩ III. – Les articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑪ « *Art. L. 6143-5.* – Le conseil de surveillance est composé comme suit :
- ⑫ « 1° Au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;
- ⑬ « 2° Au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, 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 ;
- ⑭ « 3° Au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont au plus deux représentants des usagers.
- ⑮ « Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°.
- ⑯ « Le directeur général de l'agence régionale de santé assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.
- ⑰ « 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.
- ⑱ « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.
- ⑲ « Un directeur de caisse d'assurance maladie désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. Il présente un rapport annuel sur l'activité et l'efficacité de l'établis-

sement au regard des objectifs déterminés dans le projet régional de santé, ainsi que sur les prescriptions délivrées en son sein.

- ⑳ « 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 assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.
- ㉑ « 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 peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.
- ㉒ « Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, leurs modalités de nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixées par décret.
- ㉓ « *Art. L. 6143-6.* – Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :
- ㉔ « 1° À plus d'un titre ;
- ㉕ « 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
- ㉖ « 3° S'il est membre du directoire ;
- ㉗ « 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 ;
- ㉘ « 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, L. 6152-1 et L. 6152-4 ;

- ②⑨ « 6° S'il est agent salarié de l'établissement ;
- ③⑩ « 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.
- ③① « 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. »
- ③② IV. – L'article L. 6143-6-1 du même code est abrogé.

Article 6

- ① I. – L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *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.
- ③ « Le président du directoire est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° ci-après et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il prépare les travaux du conseil de surveillance et y assiste. Il exécute ses délibérations.
- ④ « Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.

- ⑤ « Le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.
- ⑥ « 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 les conditions déterminées par décret.
- ⑦ « Après consultation des autres membres du directoire, le président du directoire :
- ⑧ « 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- ⑨ « 2° Arrête le projet médical de l'établissement et décide 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, notamment pour les urgences ;
- ⑩ « 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- ⑪ « 4° Détermine le programme d'investissement ;
- ⑫ « 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 de 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 ;
- ⑬ « 6° Arrête l'organisation interne de l'établissement et conclut les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
- ⑭ « 7° Propose au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution ou la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I^{er} de la présente partie ou aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- ⑮ « 8° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- ⑯ « 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 ;

- ⑰ « 10° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- ⑱ « 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 ;
- ⑲ « 12° Arrête le règlement intérieur ;
- ⑳ « 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 ;
- ㉑ « 14° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3.
- ㉒ « Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel sont fixées par décret. »
- ㉓ II. – Après l'article L. 6143-7-1 du même code, sont insérés les articles L. 6143-7-2 à L. 6143-7-4 ainsi rédigés :
- ㉔ « *Art. L. 6143-7-2.* – Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il prépare, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, le projet médical de l'établissement.
- ㉕ « *Art. L. 6143-7-3.* – Le directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.
- ㉖ « *Art. L. 6143-7-4.* – Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires, dont son président et son vice-président. Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la

commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le président du directoire, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

⑳ « Un décret détermine la durée du mandat des membres du directoire. »

㉑ III. – À l'article L. 6143-2 du même code, les mots : « Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. » sont supprimés.

㉒ IV. – L'article L. 6143-3-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

㉓ « *Art. L. 6143-3-2.* – Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

㉔ « Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée.

㉕ « À peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus. »

㉖ V. – L'article L. 6143-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

㉗ « *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 dans les conditions fixées au présent article :

㉘ « 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 ;

- ③⑥ « 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.
- ③⑦ « Le contrat mentionné au 1° de l'article L. 6143-7 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.
- ③⑧ « 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 décret.
- ③⑨ « 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.
- ④⑩ « 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 illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. »

Article 7

- ① I. – La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée :
- ② 1° À l'article 3, les trois premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées, par dérogation à la règle énoncée à l'article 3 du titre I^{er} du statut général, sur les emplois de directeur des établissements mentionnés à l'article 2. » ;
- ④ 2° 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 ajouté à la fin de l'alinéa 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. 6141-1 du code de la santé publique. » ;
- ⑤ 3° Après l'article 9-1, il est ajouté un article 9-2 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. 9-2.* – Sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé intéressé, les fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2, à l'exception de ceux placés sous administration provisoire dans les conditions fixées à l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, peuvent être détachés sur un contrat de droit public pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ 4° À l'article 50-1, après les mots : « les personnels de direction » sont insérés les mots : « et les directeurs des soins » ;
- ⑧ 5° Après l'article 65-1, il est inséré un article 65-2 ainsi rédigé :
- ⑨ « *Art. 65-2.* – Par dérogation aux dispositions de l'article 65, l'évaluation des personnels de direction des établissements

mentionnés aux 1° à 3° et 7° de l'article 2 et la détermination de la part variable de leur rémunération est assurée :

- ⑩ « – par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements ;
- ⑪ « – par le directeur d'établissement pour les directeurs adjoints ;
- ⑫ « – par le directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire pour les directeurs des autres établissements de santé membres. » ;
- ⑬ 6° À l'article 89, les mots : « demeure à la charge de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « est assurée, à compter du 1^{er} janvier 2009, par le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 » ;
- ⑭ 7° L'article 116 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Au premier alinéa :
- ⑯ - après les mots : « des personnels de direction » sont insérés les mots : » et des directeurs des soins » ;
- ⑰ - les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « à la date de clôture du pénultième exercice » ;
- ⑱ b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « 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. »
- ⑳ II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « Il nomme le personnel », sont ajoutés les mots : « notamment dans les emplois de directeurs adjoints et, le cas échéant, de directeurs des soins ».

Article 8

- ① I. – L'article L. 6146-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « 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.
- ③ « Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement. 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.
- ④ « Les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une durée fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.
- ⑤ « Dans les centres hospitaliers ayant passé convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôle sont nommés après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.
- ⑥ « 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^o, 2^o et 3^o de l'article L. 6152-1.
- ⑦ « Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle.
- ⑧ « 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 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 chef d'établissement. »

⑨ II. – L'article L. 6146-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

⑩ « *Art. L. 6146-2.* – Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le président du directoire d'un établissement public de santé peut 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 cet établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer à ces missions 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. 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, le cas échéant minorés d'une redevance.

⑪ « 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. »

⑫ III. – Les articles L. 6146-3 à L. 6146-7 et L. 6146-10 du même code sont abrogés. Le second alinéa de l'article L. 6112-7 du même code est supprimé.

⑬ IV. – L'article L. 6113-7 du même code est ainsi modifié :

⑭ 1° Au troisième alinéa après les mots : « à l'analyse de l'activité » sont insérés les mots : « et à la facturation de celle-ci, » ;

- ⑮ 2° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement. » ;
- ⑰ 3° Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑱ « Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi n° 61-825 du 25 juillet 1961 de finances rectificative pour 1961. »

Article 9

- ① I. – L'article L. 6145-16 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 6145-16.* – Les comptes des établissements publics de santé dont la liste est fixée par décret sont certifiés.
- ③ « Cette certification est coordonnée par la Cour des comptes, dans des conditions fixées par voie réglementaire. »
- ④ II. – Les dispositions de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique issues de la présente loi s'appliquent au plus tard, pour la première fois, aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

Article 10

- ① I. – L'article L. 6152-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° devient le 4° ;
- ③ 2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :
- ④ « 3° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ; ».

- ⑤ II. – Il est rétabli un article L. 6152-3 au même code ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 6152-3.* – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3°.
- ⑦ « 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.
- ⑧ « 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.
- ⑨ « 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 assure une mission de conseil et le suivi de la gestion de ces personnels. »
- ⑩ III. – L'article L. 6152-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « *Art. L. 6152-4.* – Sont applicables aux personnels mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 :
- ⑫ « 1° Les dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- ⑬ « 2° Les dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article 46-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- ⑭ « 3° Les dispositions de l'article 87 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 ;
- ⑮ « 4° Les dispositions des articles L. 413-1 à L. 413-15 du code de la recherche. »

- ⑩ IV. – À l'article L. 112-2 du code de la recherche, les mots : « et les établissements publics de recherche » sont remplacés par les mots : « , les établissements publics de recherche et les établissements de santé ».
- ⑪ V. – Le dernier alinéa de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑫ « Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. »
- ⑬ VI. – À l'article L. 952-23 du code de l'éducation, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Le régime indemnitaire applicable à ces personnels est fixé par décret. »
- ⑭ VII. – Le I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑮ 1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑯ a) La première phrase est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑰ « 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. » ;
- ⑱ b) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française. » ;
- ⑲ 2° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;
- ⑳ 3° Il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉑ « 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.

- ⑳ « 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. »
- ㉑ VIII. – L'article L. 4221-12 du même code est ainsi modifié :
- ㉒ 1° Au deuxième alinéa, la première phrase est remplacée par les dispositions suivantes :
- ㉓ « Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. » et la deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française. » ;
- ㉔ 2° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».

Article 11

- ① I. – L'article L. 6145-6 du code de la santé publique est abrogé.
- ② II. – L'article L. 6148-6 du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ③ « *Art. L. 6148-6.* – Les dispositions de l'article L. 2141-2 du code général de la propriété des personnes publiques s'appliquent au domaine des établissements publics de santé. »

CHAPITRE III

Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 12

- ① I. – Au titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, le chapitre II est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « CHAPITRE II
- ③ « *Communautés hospitalières de territoire*
- ④ « *Art. L. 6132-1.* – Des établissements publics de santé peuvent constituer une communauté hospitalière de territoire. Cette communauté hospitalière a pour objectifs de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements membres. Un établissement public de santé ne peut adhérer à plus d'une communauté hospitalière de territoire.
- ⑤ « Cette communauté comprend un établissement public de santé qui en est le siège.
- ⑥ « *Art. L. 6132-2.* – Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes, après avis des représentants de l'État dans les régions concernées, approuvent, soit à l'initiative des établissements publics de santé, soit dans les conditions prévues aux articles L. 6131-1 à L. 6131-3, la convention constitutive mentionnée à l'article L. 6132-3. Cette approbation entraîne constitution de la communauté hospitalière de territoire et désignation de l'établissement siège.
- ⑦ « *Art. L. 6132-3.* – La convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire fixe la répartition des droits et obligations des établissements membres. Elle est conclue par les directeurs des établissements membres après avis de leurs conseils de surveillance. Elle désigne l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire et précise notamment :

- ⑧ « 1° Le projet médical commun et les compétences ou activités, déléguées ou transférées entre les établissements membres de la communauté ;
- ⑨ « 2° 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 membres ; cette composition est fixée selon des modalités déterminées à l'article L. 6132-4 ;
- ⑩ « 3° Les modalités de mise en œuvre des dispositions relatives à la cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen, des projets médicaux, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement prévues aux articles L. 6132-5 à L. 6132-8 ;
- ⑪ « 4° Les modalités de coopération entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion ainsi que les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;
- ⑫ « 5° Les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire au bénéfice des autres établissements en contrepartie des missions assurées par ceux-ci pour leur compte. À défaut d'accord entre les établissements, le montant de ces frais est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé compétente à l'égard de l'établissement siège.
- ⑬ « *Art. L. 6132-4.* – Par exception à l'article L. 6143-5, le conseil de surveillance de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des conseils de surveillance des établissements membres. Le nombre de membres de chaque catégorie est au maximum égal au nombre mentionné à l'article L. 6143-5.
- ⑭ « Par exception à l'article L. 6143-7-4, le directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire est composé de membres des directoires des établissements membres.

- ⑮ « Par exception aux dispositions de l'article L. 6144-1, la commission médicale d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des communautés médicales d'établissement des établissements membres.
- ⑯ « Les établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire peuvent créer des instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.
- ⑰ « *Art. L. 6132-5.* – Nonobstant les dispositions des articles L. 6143-1 et L. 6143-2, les projets d'établissement des établissements membres sont rendus compatibles avec le projet d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dans un délai de six mois.
- ⑱ « *Art. L. 6132-6.* – Nonobstant les dispositions de l'article L. 6143-8, les projets médicaux des établissements membres déclinent, chacun pour ce qui le concerne, le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire mentionné à l'article L. 6132-3.
- ⑲ « *Art. L. 6132-7.* – Nonobstant les dispositions de l'article L. 6143-7, après avis du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, le président du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire définit les orientations du programme d'investissement et de financement commun.
- ⑳ « Les programmes d'investissement des établissements membres et leurs plans globaux de financement pluriannuels mentionnés au 4° et au 5° de l'article L. 6143-7 sont rendus compatibles avec les orientations mentionnées au premier alinéa du présent article dans un délai de six mois.
- ㉑ « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire contient des orientations relatives aux complémentarités d'offre de soin des établissements membres et à leurs évolutions. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements membres sont rendus compatibles avec celui de

l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dans un délai de six mois.

- ②② « Le président du directoire de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire présente dans des conditions et selon des modalités déterminées par voie réglementaire, les comptes agrégés de l'établissement siège de la communauté et de ses établissements membres et les transmet au directeur général de l'agence régionale de santé compétent pour l'établissement siège.
- ②③ « *Art. L. 6132-8.* – La communauté hospitalière de territoire peut constituer une seule commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge pour l'ensemble des établissements membres.
- ②④ « *Art. L. 6132-9.* – Après avis des conseils de surveillance des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire, le directeur de l'établissement siège peut décider des transferts ou, le cas échéant, la suppression, de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipement matériel lourd entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire. Les transferts d'autorisation font l'objet de la confirmation d'autorisation prévue à l'article L. 6122-3. La confirmation est, dans ce cas, délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.
- ②⑤ « Lorsque de tels transferts ont lieu, l'établissement initialement titulaire de la compétence ou de l'autorisation transfère, après information de son comité technique d'établissement, les emplois afférents. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusque-là les activités considérées et assure la responsabilité afférente aux autorisations.
- ②⑥ « Le directeur d'un établissement membre de la communauté peut, après avis de son directoire, décider du transfert de la propriété de biens meubles et immeubles au profit d'autres établissements membres de la communauté ou au profit de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire.

- ②⑦ « *Art. L. 6132-10.* – Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :
- ②⑧ « 1° Un établissement public de santé membre d'une communauté hospitalière de territoire, qui transfère une activité de soins à un autre établissement membre de la même communauté, peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, conformément à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;
- ②⑨ « 2° Il peut être procédé à un échange de biens et immeubles relevant du domaine public entre deux établissements publics de santé membres d'une même communauté hospitalière de territoire. Cet échange correspond à un transfert réciproque d'activités de soins conformément à l'article L. 3112-2 du même code.
- ③⑩ « La cession ou l'échange mentionnés aux deux alinéas précédents, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraire. Le directeur général de l'agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de leur publication au bureau des hypothèques par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.
- ③⑪ « *Art. L. 6132-11.* – La constitution d'une communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaire à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé membres d'une même communauté hospitalière de territoire.
- ③⑫ « 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.
- ③⑬ « 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.

- ③④ « 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.
- ③⑤ « *Art. L. 6132-12.* – 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.
- ③⑥ « *Art. L. 6132-13.* – La dissolution d'une communauté hospitalière de territoire est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis des conseils de surveillance des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire et du représentant de l'État dans la région, soit sur proposition du président du directoire de l'établissement siège de la communauté, soit à l'initiative du directeur général de l'agence régionale de santé.
- ③⑦ « En cas de dissolution de la communauté hospitalière de territoire, la décision du directeur de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer lesdites activités et les agents les occupant, ainsi que des biens meubles et immeubles de leur domaine public et privé.
- ③⑧ « *Art. L. 6132-14.* – La convention constitutive d'une communauté hospitalière de territoire peut stipuler, à l'initiative des établissements membres à la communauté hospitalière de territoire ou dans les conditions mentionnées à l'article L. 6131-1 à L. 6131-3, que la communauté prend la forme d'une communauté hospitalière de territoire intégrée.
- ③⑨ « Dans ce cas, l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'agence régionale de santé entraîne la fusion des établissements concernés.

- ④⑩ « La représentation des personnels mise en place au lieu du siège de chaque établissement public de santé ayant signé la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire s'effectue dans des conditions déterminées par voie réglementaire.
- ④⑪ « Art. L. 6132-15. – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont précisées par décret en Conseil d'État. »

Article 13

- ① I. – Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique relatif aux groupements de coopération sanitaires est remplacé par les dispositions suivantes :

②

« CHAPITRE III

③

« *Groupement de coopération sanitaire*

④

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

⑤

« À cet effet, il peut :

⑥

« 1° Organiser, réaliser ou gérer, en son nom ou pour le compte de ses membres, des moyens ou des activités administratives, logistiques, techniques, de recherche ou d'enseignement ;

⑦

« 2° Exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements matériels lourds au sens de l'article L. 6122-1.

⑧

« À cet effet, l'autorisation lui est accordée dans les mêmes conditions que les établissements de santé autorisés en application des articles L. 6122-1 à L. 6122-21.

⑨

« Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé ;

⑩

« 3° Constituer un réseau de santé. Dans ce cas, il est composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1.

- ⑪ « *Art. L. 6133-2.* – Le groupement de coopération sanitaire est constitué par convention constitutive passée entre ses membres, approuvée et publiée par le directeur général de l’agence régionale de santé. Il comprend au moins un établissement de santé.
- ⑫ « Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux mentionnés à l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles, des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, ainsi que des centres de santé.
- ⑬ « D’autres professionnels de santé et d’autres organismes peuvent également adhérer au groupement à condition d’y être autorisés par le directeur général de l’agence régionale de santé.
- ⑭ « *Art. L. 6133-3.* – Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu’il est exclusivement constitué d’établissements ou d’organismes publics, ou d’établissements ou d’organismes publics et de professionnels médicaux libéraux. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu’il est exclusivement constitué d’établissements ou de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.
- ⑮ « Un groupement de coopération sanitaire de droit public autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins est qualifié d’établissement public de santé.
- ⑯ « Le groupement de coopération sanitaire poursuit un but non lucratif.
- ⑰ « Le groupement de coopération sanitaire constitué sur le fondement du 1° de l’article L. 6133-1 peut, à titre subsidiaire et sans porter préjudice à la réalisation de son ou ses objets tels que définis dans la convention constitutive du groupement, être autorisé par le directeur général de l’agence régionale de santé dans les conditions définies par voie réglementaire, à valoriser les activités de recherche et leurs résultats menées dans le cadre de ses attributions. Il peut déposer et exploiter des brevets ou des licences.

- ⑮ « Art. L. 6133-4. – L'assemblée générale est composée des membres du groupement et élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en œuvre de ses décisions. Elle est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement. Lorsque les membres le prévoient dans la convention constitutive, un comité de direction restreint est chargé d'exercer tout ou partie des missions de l'assemblée générale.
- ⑲ « Par dérogation au premier alinéa, lorsque le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement public de santé, les instances de gouvernance du groupement de coopération sanitaire sont modifiées et les règles de fonctionnement des établissements publics de santé s'appliquent sous les réserves suivantes :
- ⑳ « 1° Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article L. 6143-7.
- ㉑ « 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :
- ㉒ « a) Au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur lesquels les établissements membres sont implantés ;
- ㉓ « b) Au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont deux désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;
- ㉔ « c) Au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des établissements de santé membres du groupement de coopération sanitaire.
- ㉕ « Les règles de gouvernance du groupement de coopération sanitaire ainsi que les modalités de répartition des droits et obligations des établissements membres sont définies dans la convention constitutive.

- ②⑥ « *Art. L. 6133-5.* – Le groupement de coopération sanitaire conclut un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens avec l’agence régionale de santé dans les deux cas suivants :
- ②⑦ « 1° Lorsqu’il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins ;
- ②⑧ « 2° Lorsqu’il bénéficie d’une dotation de financement en application de l’article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.
- ②⑨ « *Art. L. 6133-6.* – Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d’exploitation sont couvertes par les participations de ses membres.
- ③⑩ « Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations
- ③⑪ « *Art. L. 6133-7.* – Le groupement de coopération sanitaire peut être employeur. La nature juridique du groupement détermine les règles applicables en matière de gestion du personnel.
- ③⑫ « *Art. L. 6133-8.* – Les professionnels médicaux des établissements 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.
- ③⑬ « 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.
- ③⑭ « 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 du code de la sécurité sociale et à l’article L. 162-22-16 du même code sont supportées par l’établissement de santé concerné.

③⑤ « 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 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, 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.

③⑥ « Les professionnels libéraux médicaux 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 code de la sécurité sociale.

③⑦ « *Art. L. 6133-9.* – Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

③⑧ 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 :

③⑨ « 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. »

④⑩ 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 dispositions des articles L. 6132-1 à L. 6132-8 dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

④⑪ IV. – Les articles L. 6122-15 et L. 6122-16 du code de la santé publique sont abrogés.

④② V. – Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

④③

« CHAPITRE I^{ER}

④④

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

④⑤

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

④⑥

« 1° L'adapter aux besoins de la population ;

④⑦

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

④⑧

« 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 ;

④⑨

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

⑤⑩

« 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 un ou plusieurs établissements publics de santé :

⑤①

« 1° De conclure une convention de coopération ;

⑤②

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

⑤③

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

⑤④

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur 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, adhèrent à un réseau

de santé, 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. Lorsque les compétences transférées sont relatives à l'exercice d'une activité de soins mentionnée au second alinéa de l'article L. 6122-1, l'autorisation est transférée au groupement.

⑤⑤ « *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. Il peut également prendre un arrêté prononçant la création d'une communauté hospitalière de territoire et fixant le contenu de sa convention constitutive.

⑤⑥ « *Art. L. 6131-4.* – Le directeur 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.

⑤⑦ « 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.

⑤⑧ « À défaut de modification de l'état des prévisions de recettes et de dépenses dans un délai fixé par décret, le directeur 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.

- ⑤⑨ « *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. »
- ⑥⑩ 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 :
- ⑥⑪ « Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, et nonobstant les dispositions prévues à l’article L. 6132-9 du code de la santé publique, 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. »

TITRE II ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

Article 14

- ① I. – Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont abrogés.
- ② II. – Au titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique, il est inséré après le chapitre I^{er} un chapitre I^{er} *bis* ainsi rédigé :
- ① « *CHAPITRE I^{ER} BIS*
- ② « *Organisation des soins*
- ③ « *Art. L. 1411-11.* – L’accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, 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.

- ④ « Ces soins comprennent :
- ⑤ « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- ⑥ « 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- ⑦ « 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- ⑧ « 4° L'éducation pour la santé.
- ⑨ « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, 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.
- ⑩ « *Art. L. 1411-12.* – Les soins spécialisés 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. »
- ⑪ III. – À l'article L. 1411-19 du même code, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « des chapitres I^{er} et I^{er} bis ».
- ⑫ IV. – Il est inséré au début du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique un chapitre préliminaire ainsi rédigé :
- ⑬ « *CHAPITRE PRÉLIMINAIRE*
- ⑭ « ***Médecin généraliste de premier recours*** »
- ⑮ « *Art. L. 4130-1.* – Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :
- ⑯ « 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 ;

- ⑰ « 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- ⑱ « 3° S'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;
- ⑲ « 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 ;
- ⑳ « 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- ㉑ « 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- ㉒ « 7° Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1. »

Article 15

- ① I. – L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, après le mot : « supérieur » sont insérés les mots : « dans les conditions définies par décret » ;
- ③ 2° Le deuxième alinéa est supprimé.
- ④ II. – L'article L. 632-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤ « *Art. L. 632-2.* – Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.
- ⑥ « 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 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.

- ⑦ « 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.
- ⑧ « 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.
- ⑨ « Des décrets en Conseil d'État déterminent les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa du présent article, 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. »
- ⑩ III. – Les articles L. 631-3, L. 632-1-1, L. 632-3, L. 632-9, L. 632-10 et L. 632-11 du même code sont abrogés.
- ⑪ IV. – Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 632-5 du même code sont supprimés.

Article 16

- ① I. – L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *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, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5.
- ③ « 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.

- ④ « 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. Ce numéro d'appel peut associer, pour les appels relevant de la permanence des soins, les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national. »
- ⑤ II. – Il est créé, après l'article L. 6314-1, les articles L. 6314-2 et L. 6314-3 ainsi rédigés :
- ⑥ « *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, entre dans le champ couvert 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 exerce cette activité de régulateur depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention, contraire aux principes énoncés dans le présent alinéa, est nulle.
- ⑦ « *Art. L. 6314-3.* – Les modalités d'application de l'article L. 6314-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »
- ⑧ III. – Le 2° de l'article L. 4163-7 du même code est abrogé.
- ⑨ IV. – Le chapitre III du titre VI du livre I^{er} de la quatrième partie du même code est complété par un article L. 4163-11 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 4163-11.* – Est puni de 7 500 € d'amende le fait pour un médecin de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique. »
- ⑪ VI. – L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.
- ⑫ VII. – Les dispositions du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Article 17

① I. – Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un livre préliminaire ainsi rédigé :

②

« *LIVRE PRÉLIMINAIRE*

③

« *DISPOSITIONS COMMUNES*

④

« *TITRE I^{ER}*

⑤

« *COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS
DE SANTÉ*

⑥

« *CHAPITRE UNIQUE*

⑦

« *Art. L. 4011-1.* – Par dérogation aux articles 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, L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s’engager 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.

⑧

« *Art. L. 4011-2.* – Les professionnels de santé, à leur initiative, soumettent à la Haute autorité de santé, des protocoles de coopération répondant à un besoin de santé constaté au niveau régional et attesté par l’agence régionale de santé.

⑨

« 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.

⑩

« Le directeur 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.

⑪

« *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.

⑫ « L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni les éléments pertinents relatifs à son expérience acquise dans le domaine considéré et à sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation. »

⑬ II. – L'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé.

Article 18

① I. – L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

② « Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

③ « Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou à la juridiction ordinaire compétente, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

④ « 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. »

- ⑤ II. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑥ 1° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-14, les mots : « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » et les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure » sont supprimés ;
- ⑦ 2° Il est inséré après l'article L. 162-1-14 un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « *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 :
- ⑨ « 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 ;
- ⑩ « 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;
- ⑪ « 3° Exposent les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ou 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 ;
- ⑫ « 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.
- ⑬ « La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, peut consister en :
- ⑭ « – une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;
- ⑮ « – 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 ;

- ⑩ « – en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses aux cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1.
- ⑪ « Les sanctions prononcées en vertu du présent article font l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.
- ⑫ « 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.
- ⑬ « Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire. »
- ⑭ III. – La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

Article 19

- ① I. – Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 4133-1.* – La formation médicale continue 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. Elle constitue une obligation pour les médecins.
- ③ « *Art. L. 4133-2.* – Les modalités selon lesquelles les médecins satisfont à leur obligation de formation médicale continue ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d'État.

④ « Art. L. 4133-3. – Les instances ordinales s’assurent du respect par les médecins de leur obligation de formation médicale continue.

⑤ « Art. L. 4133-4. – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés d’assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code.

⑥ II. – Après le titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un titre II ainsi rédigé :

⑦

« TITRE II

⑧

« **GESTION DES FONDS DE LA FORMATION CONTINUE
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

⑨

« CHAPITRE UNIQUE

⑩

« Art. L. 4012-1. – La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle continue, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, est assurée, pour chaque profession, par l’organisme gestionnaire de la formation continue. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.

⑪

« Il assure la gestion financière des actions de formation continue et est notamment chargé de déterminer les conditions d’indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de formation professionnelle continue.

⑫

« L’organisme gestionnaire de la formation continue peut comporter des sections spécifiques à chaque profession.

⑬

« Les modalités d’application du présent article, notamment les règles de composition du conseil de gestion de l’organisme gestionnaire de la formation continue, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d’affectation des ressources à ces sections, sont fixées par voie réglementaire. »

- ⑭ III. – A. – Au 14° de l'article L. 162-5, au 3° des articles L. 162-14 et L. 162-16-1 et au 2° des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, l'alinéa unique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie à la formation professionnelle continue. »
- ⑯ B. – À l'article L. 162-9 du même code, après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « 8° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie à la formation professionnelle continue. »
- ⑱ IV. – L'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.
- ⑲ V. – L'article L. 4143-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑳ « *Art. L. 4143-1.* – La formation continue odontologique a pour objectifs le perfectionnement des connaissances, l'évaluation des pratiques professionnelles, 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. Elle constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes.
- ㉑ « *Art. L. 4143-2.* – Les modalités selon lesquelles les chirurgiens-dentistes satisfont à leur obligation de formation continue odontologique, ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d'État.
- ㉒ « *Art. L. 4143-3.* – Les instances ordinales s'assurent du respect par les chirurgiens-dentistes de leur obligation de formation continue.
- ㉓ « *Art. L. 4143-4.* – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux chirurgiens-dentistes salariés d'assumer leur obligation de

formation continue dans les conditions fixées par le présent code. »

②4 VI. – Les articles L. 4236-1 à L. 4236-6 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :

②5 « *Art. L. 4236-1.* – La formation pharmaceutique continue a pour objectifs le perfectionnement des connaissances, l'évaluation des pratiques professionnelles, 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. Elle 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.

②6 « *Art. L. 4236-2.* – Les modalités selon lesquelles les pharmaciens satisfont à leur obligation de formation pharmaceutique continue ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d'État.

②7 « *Art. L. 4236-3.* – Les instances ordinales s'assurent du respect par les pharmaciens de leur obligation de formation continue.

②8 « *Art. L. 4236-4.* – Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux pharmaciens salariés d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code. »

②9 VII. – L'article L. 4153-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

③0 « *Art. L. 4153-1.* – La formation continue en maïeutique a pour objectifs le perfectionnement des connaissances, l'évaluation des pratiques professionnelles, 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. Elle constitue une obligation pour les sages-femmes. »

③1 VIII. – Après l'article L. 4153-1, il est inséré trois articles ainsi rédigés :

- ③② « Art. L. 4153-2. – Les modalités selon lesquelles les sages-femmes satisfont à leur obligation de formation continue en maïeutique, ainsi que les critères de qualité de la formation qui leur est proposée en vue du respect de leur obligation sont fixés par décret en Conseil d’État.
- ③③ « Art. L. 4153-3. – Les instances ordinales s’assurent du respect par les sages-femmes de leur obligation de formation continue.
- ③④ « 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 formation continue dans les conditions fixées par le présent code. »
- ③⑤ IX. – À l’article L. 6155-1 du même code, les mots : « dans les conditions fixées au premier et troisième alinéa de l’article L. 4133-1 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions fixées aux articles L. 4133-1, L. 4143-1 et L. 4236-1 du code de la santé publique ».
- ③⑥ X. – Aux articles L. 6155-1 et L. 6155-4 du même code, le mot : « biologiste » est supprimé.
- ③⑦ XI. – Les articles L. 6155-2, L. 6155-3 et L. 6155-5 du même code sont abrogés.
- ③⑧ XII. – L’article L. 4242-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑨ « Art. L. 4242-1. – La formation continue a pour but d’assurer le perfectionnement des connaissances et le développement des compétences en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et l’amélioration de la qualité des soins.
- ④⑩ « La formation continue est une obligation pour les préparateurs en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière. Elle 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. »

④① XIII. – L'article L. 4382-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

④② « Art. L. 4382-1. – La formation continue a pour but d'assurer le perfectionnement des connaissances et le développement des compétences en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et l'amélioration de la qualité des soins.

④③ « La formation continue est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Elle 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. »

④④ XIV. – Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens et les droits et obligations contractés par l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale à l'organisme gestionnaire de la formation continue font l'objet d'une convention entre ces deux organismes. Si, à cette date, l'exécution du budget de l'organisme gestionnaire conventionnel présente un résultat excédentaire, l'excédent constaté est intégralement reversé aux caisses nationales d'assurance maladie signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5.

④⑤ Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu ni à indemnité, ni à perception de droits ou taxes, ni à versement de salaires ou honoraires.

④⑥ XV. – Les dispositions des II, III, IV et XIV du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Article 20

① 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 :

- ② 1° Harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;
- ③ 2° Mieux garantir la qualité des examens de biologie médicale, notamment en mettant en place une procédure d'accréditation des laboratoires ;
- ④ 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 ;
- ⑤ 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 ;
- ⑥ 5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité scientifique et technique du laboratoire de biologie médicale et ses investissements en matière médicale ;
- ⑦ 6° Assouplir les règles relatives à la détention du capital ;
- ⑧ 7° Adapter les missions et prérogatives des agents habilités à effectuer l'inspection des laboratoires de biologie médicale ;
- ⑨ 8° Adapter le régime des sanctions administratives et pénales.
- ⑩ 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

- ① 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 publication de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi, nécessaires pour :
- ② 1° Modifier les articles 4, 23, 27 à 40 de l'ordonnance n° 2008-507 du 30 mai 2008 portant transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles afin de compléter le dispositif de reconnaissance des diplômes obtenus dans un État tiers ;

- ③ 2° Modifier l'article L. 632-12 du code de l'éducation pour compléter le dispositif de reconnaissance des qualifications des cycles d'études médicales.
- ④ II. – 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 dix mois à compter de la publication de la présente loi, les dispositions législatives nécessaires à la transposition de la directive 2007/47/CE du Parlement et du Conseil du 5 septembre 2007 modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition.
- ⑤ III. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

TITRE III PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

Article 22

- ① I. – Au livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, il est ajouté un titre VI ainsi rédigé :
- ② « TITRE VI
- ③ « **ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**
- ④ « CHAPITRE UNIQUE
- ⑤ « Art. L. 1161-1. – L'éducation thérapeutique du patient fait partie de la prise en charge du patient et de son parcours de soins.
- ⑥ « Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

- ⑦ « *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.
- ⑧ « *Art. L. 1161-3.* – L'agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient afin, notamment, de préciser le financement des programmes. Ces conventions définissent, le cas échéant, le délai et les modalités de la mise en conformité de ces programmes au cahier des charges national. L'agence régionale de santé évalue les programmes mis en œuvre.
- ⑨ « Les conditions d'application de cet article sont définies par décret.
- ⑩ « *Art. L. 1161-4.* – Les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. »
- ⑪ II. – Au chapitre I^{er} du titre II du livre V de la première partie du même code, il est ajouté un article L. 1521-5 ainsi rédigé :
- ⑫ « *Art. L. 1521-5* – Les articles L. 1161-1 à L. 1161-4 sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :
- ⑬ « À l'article L. 1161-3, les mots : « l'agence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « l'agence de santé ». »

Article 23

- ① I. – Le titre IV du livre III de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 3342-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *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. » ;

- ④ 2° L'article L. 3342-2 est abrogé ;
- ⑤ 3° Il est inséré, après l'article L. 3342-3, un article L. 3342-4 ainsi rédigé :
 - ⑥ « *Art. L. 3342-4.* – Une affiche rappelant les dispositions du présent titre est apposée dans les débits de boissons. Le modèle et les lieux d'apposition de cette affiche sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;
 - ⑦ 4° L'article L. 3341-2 est abrogé.
- ⑧ II. – L'article L. 3353-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
 - ⑨ « *Art. L. 3353-3.* – La vente à des mineurs de boissons alcooliques est punie de 7 500 € d'amende. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, est punie de la même peine.
 - ⑩ « Le fait de se rendre coupable de l'une des infractions prévues au présent article en ayant été condamné depuis moins de cinq ans pour un délit prévu au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.
 - ⑪ « Les personnes physiques coupables de l'une des infractions mentionnées 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, et celle de l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.
 - ⑫ « Les personnes morales coupables de l'une des infractions mentionnées au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal. »
- ⑬ III. – Les dispositions du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.

Article 24

- ① I. – L'article L. 3322-9 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Il est interdit d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but promotionnel, ou de les vendre au forfait. » ;
- ④ 2° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤ « Il est interdit de vendre des boissons alcooliques dans les points de vente de carburant. Toutefois, le représentant de l'État dans le département peut autoriser la vente de boissons alcooliques entre huit heures et dix-huit heures dans les points de vente de carburant des communes appartenant aux zones de revitalisation rurale et dans ceux qui exercent à titre principal la fonction de commerce d'alimentation générale, dès lors qu'il n'existe aucun autre commerce d'alimentation générale sur le territoire de la commune sur lequel il est implanté. Cette dérogation ne s'applique pas à la vente de boissons alcooliques réfrigérées. »
- ⑥ II. – L'article L. 3331-4 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « Toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques réfrigérées doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L. 3332-1-1.
- ⑧ « La vente à distance est considérée comme une vente à emporter. »
- ⑨ III. – Le titre V du livre III de la troisième partie du même code est ainsi modifié :
- ⑩ 1° L'article L. 3351-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « Le fait de vendre des boissons alcooliques réfrigérées sans avoir suivi la formation prévue à l'article L. 3332-1-1 est puni de 3 750 € d'amende. » ;
- ⑫ 2° Il est inséré, après l'article L. 3351-6, deux articles ainsi rédigés :

- ⑬ « *Art. L. 3351-6-1.* – Le fait de vendre des boissons alcooliques dans un point de vente de carburant sans être titulaire d’une autorisation délivrée par le représentant de l’État dans le département est puni de 7 500 € d’amende. La récidive est punie d’un an d’emprisonnement et de 15 000 € d’amende.
- ⑭ « 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.
- ⑮ « *Art. L. 3351-6-2.* – L’offre à titre gratuit à volonté, dans un but promotionnel, de boissons alcooliques ainsi que leur vente au forfait sont punies de 7 500 € d’amende. La récidive est punie d’un an d’emprisonnement et de 15 000 € d’amende.
- ⑯ « 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.
- ⑰ « 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. » ;
- ⑱ 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. 3332-4 et L. 3323-6 ainsi que des règlements pris pour leur application ».
- ⑲ IV. – Le livre V de la même partie est ainsi modifié :
- ⑳ 1° À l’entrée en vigueur de la disposition réglementaire correspondante, l’article L. 3512-1-1 est abrogé ;
- ㉑ 2° L’article L. 3512-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉒ « *Art. L. 3512-4.* – Les agents mentionnés à l’article L. 1312-1 du présent code, aux articles L. 8112-1, L. 8112-3 et L. 8112-5 du code du travail et au III de l’article L. 231-2 du code rural veillent au respect des dispositions de l’article L. 3511-7 et des règlements pris pour son application, et

procèdent à la recherche et à la constatation des infractions à ces dispositions.

②③ « Ils disposent à cet effet, chacun pour ce qui le concerne, des prérogatives qui leur sont reconnues par les articles L. 1312-1 du présent code, L. 8113-1 à L. 8113-5 et L. 8113-7 du code du travail, et L. 231-2-1 du code rural et par les textes pris pour leur application. »

②④ V. – L'article L. 1312-1 du même code est ainsi modifié :

②⑤ 1° Au premier alinéa, après le mot : « sont » sont insérés les mots : « recherchées et » ;

②⑥ 2° Il est ajouté au même alinéa la phrase suivante : « À cet effet, ces fonctionnaires et agents disposent des pouvoirs et prérogatives prévus aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3. »

②⑦ VI. – Les personnes qui vendent des boissons alcooliques réfrigérées 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.

②⑧ VII. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

②⑨ 1° Le titre II du livre IV de la première partie est ainsi modifié :

③⑩ a) Le chapitre V devient le chapitre VI ;

③⑪ b) Les articles L. 1425-1 et L. 1425-2 deviennent les articles L. 1426-1 et L. 1426-2 ;

③⑫ 2° Il est rétabli un chapitre V ainsi rédigé :

③⑬ « *CHAPITRE V*

③⑭ « *Saint-Pierre-et-Miquelon*

③⑮ « *Art. L. 1425-1.* – Pour l'application du présent code à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « représentant de l'État dans la collectivité. »

③⑯ VIII. – Le 1° du I du présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

Article 25

- ① I. – L'article L. 3511-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients de saveur sucrée dépasse des seuils fixés par décret. »
- ③ II. – Les dispositions du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.

TITRE IV ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Création des agences régionales de santé

Article 26

- ① Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :
- ② « *TITRE III*
- ③ « *AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ*
- ④ « *CHAPITRE I^{ER}*
- ⑤ « *Missions et compétences
des agences régionales de santé*
- ⑥ « *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 la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du présent code et des dispositions des articles L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale. Ses compétences s'exercent sans préjudice de celles des collectivités territoriales et des établissements 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.

- ⑦ « Art. L. 1431-2. – L'agence régionale de santé est chargée :
- ⑧ « 1° De définir et de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-1 ; à ce titre, notamment :
- ⑨ « a) Elle organise la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires. Dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, elle organise la gestion de la réponse aux alertes sanitaires et contribue à la gestion des situations de crise sanitaire ; sur la base des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1 du présente code, elle établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4. Elle réalise ou fait réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procède aux inspections nécessaires ;
- ⑩ « b) Elle définit, finance et évalue les 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 ;
- ⑪ « 2° De réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux et de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé ; à ce titre :
- ⑫ « a) Elle contribue à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;
- ⑬ « b) Elle autorise 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 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action et des familles de son ressort ; elle contrôle leur fonctionnement et leur alloue les ressources qui relèvent de sa compétence ;
- ⑭ « c) Elle veille à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements

médico-sociaux ; elle procède à des contrôles à cette fin ; elle contribue, avec les services de l'État compétents, à la prévention et à la lutte contre la maltraitance dans les établissements et les services de santé et médico-sociaux ;

⑮ « d) Elle définit et met en œuvre, avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé, qui regroupe les actions visant à ce que soient améliorés les modes de recours aux soins des patients et les pratiques des professionnels soignants, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux, et à ce que soient respectées les dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé.

⑯ « 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.

⑰ « Art. L. 1431-4. – Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'État, sauf disposition contraire.

⑱ « *CHAPITRE II*

⑲ « **Organisation et fonctionnement
des agences régionales de santé**

⑳ « *Section I*

㉑ « **Organisation des agences**

㉒ « Art. L. 1432-1. – L'agence régionale de santé est un établissement public de l'État. Elle est dotée d'un conseil de surveillance et dirigée par un directeur général.

㉓ « Elle s'appuie sur :

㉔ « 1° Une conférence régionale de santé, chargée de participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé ;

㉕ « 2° Deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents pour assurer la

cohérence et la complémentarité de leurs actions, d'une part dans le secteur de la prévention et, d'autre part, dans celui des prises en charge et accompagnement médico-sociaux. Les modalités de constitution et de fonctionnement de ces deux commissions sont fixées par décret.

②6 « Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

②7 « Elle met en place des délégations territoriales départementales.

②8 « *Sous-Section 1*

②9 « *Directeur général*

③0 « *Art. L. 1432-2.* – Le directeur général dirige les services de l'agence. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

③1 « Au moins une fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence.

③2 « Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.

③3 « Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.

③4 « 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 habilite les 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 des dispositions de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

③5 « Il délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.

③⑥ « 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.

③⑦ « 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.

③⑧ « Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

③⑨ « Il peut déléguer sa signature.

④⑩ « *Sous-Section 2*

④⑪ « *Conseil de surveillance*

④⑫ « *Art. L. 1432-3.* – Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'État dans la région. Il est composé de représentants de l'État, 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, de représentants des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers élus ou désignés, selon des modalités définies par décret.

④⑬ « Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

④⑭ « Il approuve le compte financier. Il émet au moins une fois par an un avis sur les résultats de l'action menée par l'agence.

④⑮ « *Sous-Section 3*

④⑯ « *Conférence régionale de santé*

④⑰ « *Art. L. 1432-4.* – La conférence régionale de santé est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

④⑧

« Section 2

④⑨

« Régime financier des agences

⑤⑩

« 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.

⑤⑪

« Art. L. 1432-6. – Les ressources de l'agence sont constituées par :

⑤⑫

« 1° Une subvention de l'État ;

⑤⑬

« 2° Des contributions des régimes d'assurance-maladie ;

⑤⑭

« 3° Des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

⑤⑮

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

⑤⑯

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités locales ou d'autres établissements publics.

⑤⑰

« Art. L. 1432-7. – L'agence est dotée d'un comptable public.

⑤⑱

« Section 3

⑤⑲

« Personnel des agences

⑥①

« Art. L. 1432-8. – Le personnel de l'agence comprend :

⑥②

« 1° Des fonctionnaires ;

⑥③

« 2° Des personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 ;

⑥④

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

⑥⑤

« 4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

⑥⑥

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés

aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

- ⑥⑥ « Les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence.
- ⑥⑦ « *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 retraites, lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.
- ⑥⑧ « *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.
- ⑥⑨ « 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 de l'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 de ce même code.
- ⑦⑩ « 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 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. 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 de ce même code.
- ⑦⑪ « *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.

72

« CHAPITRE III

73

« *Coordination des agences régionales de santé*

74

« Art. L. 1433-1. – Un comité de coordination 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.

75

« 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 l'agence un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

76

« Art. L. 1433-3. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

77

« CHAPITRE IV

78

« *La politique régionale de santé*

79

« Section 1

80

« *Projet régional de santé*

81

« Art. L. 1434-1. – Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures pour les atteindre.

82

« Il prend en compte les orientations nationales de la politique de santé et les dispositions financières fixées par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances.

83

« Art. L. 1434-2. – Le projet régional de santé est constitué :

84

« 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

85 « 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

86 « 3° Le cas échéant, de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas ;

87 « Art. L. 1434-3. – Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis du représentant de l'État dans la région.

88 « Art. L. 1434-4. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de la présente section.

89 « *Sous-Section 1*

90 « ***Schéma régional de prévention***

91 « Art. L. 1434-5. – Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé 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 dispositions des articles L. 1435-1 et L. 1435-2 du présent code.

92 « *Sous-Section 2*

93 « ***Schéma régional d'organisation des soins***

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

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

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

97 « 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 du présent code, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des

maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

- 98 « Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 99 « *Art. L. 1434-7.* – Le schéma régional de l'organisation des soins fixe, par territoire de santé :
- 100 « 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 ;
- 101 « 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- 102 « 3° Les transformations, regroupements et coopérations d'établissements de santé ;
- 103 « 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.
- 104 « Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 1° à 3° doivent être conformes aux objectifs fixés par le schéma régional de l'organisation des soins.
- 105 « *Art. L. 1434-8.* – Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional de l'organisation des soins.
- 106 « 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.
- 107 « *Art. L. 1434-9.* – Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Sous-Section 3*

« *Schéma régional de l'organisation médico-sociale*

108

109

110

« *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 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.

111

« 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 et des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie prévus au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, élaborés par les conseils généraux.

112

« Ce schéma et le programme qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés 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.

113

« *Section 2*

114

« *Gestion du risque au niveau régional*

115

« *Art. L. 1434-11.* – L'agence régionale de santé prépare, avec les organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé tel que défini à l'article L. 1431-2 du présent code. Il est actualisé chaque année.

116

« Ce programme est déterminé conjointement par le directeur général de l'agence et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de l'agence dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans le respect des dispositions régissant leurs compétences.

⑪①⑦ « Il reprend les actions que les organismes et services locaux d'assurance maladie doivent mettre en œuvre dans le cadre des orientations et directives fixées par leur organisme national.

⑪①⑧ « 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, le programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé.

⑪①⑨ « Le programme est annexé au projet régional de santé.

⑪①⑩ « *Art. L. 1434-12.* – Les modalités de participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre du projet régional de santé font l'objet d'un contrat avec l'agence.

⑪①⑪ « *Art. L. 1434-13.* – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de la présente section.

⑪①⑫ « *Section 3*

⑪①⑬ « *Territoires de santé et conférences de territoire*

⑪①⑭ « *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. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

⑪①⑮ « 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 de la région compétents sur ces territoires.

⑪①⑯ « *Art. L. 1434-15.* – Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé peut constituer une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

127 « 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.

128 « 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, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

129 « Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

130

« CHAPITRE V

131

« *Moyens et outils de mise en œuvre
de la politique régionale de santé*

132

« Section 1

133

« *Veille, sécurité et polices sanitaires*

134

« Art. L. 1435-1. – Le directeur général de l'agence informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent de tout évènement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

135

« 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.

136

« Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un évènement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

137

« 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.

138

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

139 « 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.

140

« Section 2

141

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

142

« 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 du présent code. Elle peut conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé. Dans ce dernier cas, le versement de subventions aux intéressés est subordonné à la conclusion d'un contrat.

143

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

144

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

145

« Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres ou établissements concernés et la contrepartie financière qui leur est associée, qui peut être liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre de santé, la maison de santé ou l'établissement. Le contrat d'amélioration des pratiques en santé est conforme au contrat-type national, lorsqu'il existe, élaboré par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, par l'Union nationale

des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

①46 « Elle veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

①47 « *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 sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

①48 « 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.

①49 « *Section 3*

①50 « *Accès aux données de santé*

①51 « *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 organismes d'assurance maladie mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32 du code de la sécurité sociale. Elle est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information.

①52 « *Section 4*

①53 « *Inspections et contrôles*

①54 « *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.

⑮ « 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 du présent code, 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, et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

⑯ « 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. »

CHAPITRE II

Représentation des professions de santé libérales

Article 27

① I. – Au livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, il est ajouté un titre III ainsi rédigé :

② « *TITRE III*

③ « **REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS
DE SANTÉ LIBÉRALES**

④ « *CHAPITRE UNIQUE*

⑤ « *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 professionnelles sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

- ⑥ « Les unions régionales professionnelles et les fédérations sont des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts types fixés par décret en Conseil d'État.
- ⑦ « Les modalités de fonctionnement des unions régionales professionnelles et des fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑧ « *Art. L. 4031-2.* – Les membres des unions régionales 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.
- ⑨ « Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé.
- ⑩ « Le collège d'électeurs de chaque union régionale professionnelle est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans les régions. Les élections sont organisées, à la même date pour toutes les unions professionnelles, selon un calendrier fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ⑪ « 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 professionnelles 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.
- ⑫ « Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales professionnelles, sont fixées par décret en Conseil d'État.

- ⑬ « *Art. L. 4031-3.* – Les unions régionales professionnelles et les 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 professionnelles 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.
- ⑭ « Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.
- ⑮ « *Art. L. 4031-4.* – Les unions régionales professionnelles 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.
- ⑯ « Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l’article L. 4031-3, après consultation, chacun pour ce qui le 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.
- ⑰ « Les unions régionales professionnelles et les fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.
- ⑱ « Sauf disposition contraire, les modalités d’application du présent article sont fixées par décret en Conseil d’État. »
- ⑲ II. – Les articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique sont abrogés.

- ⑳ 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 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.
- ㉑ IV. – L’article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉒ « *Art. L. 162-33.* – Sont habilités à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d’État et tiennent compte de leur indépendance, d’une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience.
- ㉓ V. – Il est inséré après l’article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale un article L. 162-14-1-2 ainsi rédigé :
- ㉔ « *Art. L. 162-14-1-2.* – La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-14-1, et L. 162-16-1 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives 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 de l’article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne seraient 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. »
- ㉕ VI. – Le quatrième alinéa de l’article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

- ②⑥ « L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord mentionnés au premier alinéa par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives 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 seraient pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »

CHAPITRE III

Établissements et services médico-sociaux

Article 28

- ① Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Au dernier alinéa de l'article L. 247-2, le mot : » agrégées » est supprimé ;
- ③ 2° L'article L. 312-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « *Art. L. 312-3.* – La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionnée 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 :
- ⑤ « 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;
- ⑥ « 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.
- ⑦ « Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que, selon le cas, aux ministres et aux autorités locales concernées. » ;

- ⑧ 3° L'article L. 312-5 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑨ « *Art. L. 312-5.* – Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis par les autorités suivantes :
- ⑩ « 1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition du directeur 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 ;
- ⑪ « 2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :
- ⑫ « *a)* Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionné au 13° du I de l'article L. 312-1 ;
- ⑬ « *b)* Aux services mentionnés aux 14° et 15° 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 ;
- ⑭ « 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 ;
- ⑮ « 4° Le président du conseil général établit 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 au 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.
- ⑯ « 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 du comité prévu au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité. » ;
- ⑰ 4° L'article L. 312-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑱ « *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 la 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. » ;
- ⑲ 5° L'article L. 313-1-1 devient l'article L. 313-1-2 ;
- ⑳ 6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :
- ㉑ « *Art. L. 313-1-1.* – 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.
- ㉒ « 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. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil.
- ㉓ « 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.
- ㉔ « 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. » ;
- ㉕ 7° L'article L. 313-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉖ « *Art. L. 313-3.* – L'autorisation est délivrée :
- ㉗ « a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés au 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 ;

- ②⑧ « *b*) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 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 de l'article L. 312-1 ;
- ②⑨ « *c*) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° 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 ;
- ③⑩ « *d*) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services relevant simultanément du *a* et du *b* ainsi que ceux relevant du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;
- ③① « *e*) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services relevant simultanément du *a* et du *c* ainsi que ceux relevant du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. » ;
- ③② 8° L'article L. 313-4 est ainsi modifié :
- ③③ *a*) Au premier alinéa, le mot : « initiale » est supprimé ;
- ③④ *b*) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑤ « 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation ; »
- ③⑥ *c*) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :
- ③⑦ « 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. » ;

- 38° Aux articles L. 345-3 et L. 348-4, les mots : « a été conclue à cette fin entre le centre et l'État » sont remplacés par les mots : « ou un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens négocié avec leur personne morale gestionnaire a été conclu avec l'État dans des conditions définies par décret » ;
- 39° Le premier alinéa de l'article L. 313-12 est complété par la phrase suivante : « 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 des l'assurance maladie, font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire » ;
- 40° Il est inséré, après l'article L. 313-2-1, un article L. 313-2-2 ainsi rédigé :
- 41° « *Art. L. 313-2-2.* – 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. » ;
- 42° L'article L. 313-13 est remplacé par les dispositions suivantes :
- 43° « *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.
- 44° « 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.
- 45° « 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.

- ④⑥ « 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, 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.
- ④⑦ « 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.
- ④⑧ « 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.
- ④⑨ « 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 des 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.
- ④⑩ « 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. » ;
- ④⑪ 13° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;

- 52 14° Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 53 « 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. » ;
- 54 15° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- 55 « Les dispositions de l'article L. 344-5 s'appliquent 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. » ;
- 56 16° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :
- 57 a) Au premier alinéa, les mots : « tous les cinq ans » sont supprimés ;
- 58 b) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- 59 « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations internes et deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. » ;
- 60 c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 61 « Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés avant le 1^{er} janvier 2002, procèdent à une évaluation interne et une évaluation externe avant la date de renouvellement de l'autorisation. Pour les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés entre le 1^{er} janvier 2002 et la

publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, la durée de validité de l'autorisation telle que prévue à l'article L. 313-1 du même code court à compter du 1^{er} janvier 2009. » ;

- ⑥② d) Le c du 1° est abrogé.

CHAPITRE IV

Dispositions de coordination et dispositions transitoires

Article 29

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est abrogé ;
- ③ 2° Le titre du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la sixième partie est remplacé par le titre suivant : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;
- ④ 3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés.
- ⑤ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑥ 1° L'article L. 162-47 et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;
- ⑦ 2° Le chapitre III du titre VIII du livre I^{er} est abrogé ;
- ⑧ 3° L'article L. 215-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑨ « *Art. L. 215-1.* – Les caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail :
- ⑩ « 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 ;
- ⑪ « 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 ;

- ⑫ « 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 ;
- ⑬ « 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;
- ⑭ « 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.
- ⑮ « Les circonscriptions des caisses régionales sont fixées par décret. »
- ⑯ III. – L'article 68 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

Article 30

- ① 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, aux activités de l'État, de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, de la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, de la caisse régionale d'assurance maladie.
- ② 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.
- ③ 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 constituées 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 directeur général préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

- ④ Les conditions dans lesquelles s'opère le transfert des droits et obligations, biens meubles et immeubles de l'union régionale des caisses de sécurité sociale 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 directeur général préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.
- ⑤ 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.
- ⑥ 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.
- ⑦ 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.
- ⑧ 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.
- ⑨ 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.

- ⑩ 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 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.
- ⑪ III. – Après l'article L. 123-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 123-2-3 ainsi rédigé :
- ⑫ « *Art. L. 123-2-3.* – Les accords collectifs nationaux agréés en application des articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1 ainsi que leurs avenants sont applicables aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels. »

Article 31

- ① 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.
- ② Il élabore le projet d'organisation des services, prépare et arrête le budget du premier exercice et 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.
- ③ Pour accomplir les missions que 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

- ① I. – Les dispositions des articles 26 à 29, à l'exception des 1^o, 9^o, 10^o, 11^o, 15^o et 16^o de l'article 28, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

- ② 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, de renouvellement 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.
- ③ III. – L'abrogation des articles L. 6121-9 et L. 6121-10 du code de la santé publique intervient six mois après l'entrée en vigueur du décret, pris en application de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique introduit par l'article 26 de la présente loi, mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de santé compétente pour le secteur sanitaire, et au plus tard six mois après la date prévue au I du présent article.

Article 33

- ① 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 ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi visant à :
- ② 1° Modifier les parties législatives du code civil, du code de l'action sociale et des familles, du code de l'éducation, du code général des collectivités territoriales, du code général des impôts, du code de la justice administrative, du code de la santé publique, du code de la sécurité sociale 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 ;
- ③ 2° Préciser les missions de service public des centres de lutte contre le cancer, adapter les modalités de financement de leurs activités, réformer et simplifier leur organisation, leur fonctionnement, leur gestion et les modalités de leur contrôle budgétaire et comptable ;
- ④ 3° Adapter les dispositions de la présente loi aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte.

- ⑤ 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.

Fait à Paris, le 22 octobre 2008.

Signé : FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :
*La ministre de la santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative,*
Signé : ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN,