

Le présent document est  
établi à titre provisoire.  
Seule la « Petite loi »,  
publiée ultérieurement, a  
valeur de texte authentique.



# ASSEMBLÉE NATIONALE

SERVICE DE LA SÉANCE

DIVISION DES LOIS

4 mars 2009

---

## PROJET DE LOI

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

*Texte résultant des délibérations de l'Assemblée nationale  
à l'issue de la seconde séance du mardi 3 mars 2009*

\*

\* \*

**TITRE I<sup>ER</sup>**  
**MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS**  
**DE SANTÉ**

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

L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – L'État présente chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé. »

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Missions des établissements de santé**

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

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

« *Art. L. 6111-1.* – Les établissements de santé, publics 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.

« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

« 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.

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

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

II. – *Supprimé*.....

III. – L'intitulé du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :  
« Missions de service public des établissements de santé ».

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

« *Art. L. 6112-1.* – Les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou à participer à une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

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

« 3° La formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers ;

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

« 5° La recherche en santé ;

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

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

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

« 9° Les actions de santé publique ;

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

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

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

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

« *Art. L. 6112-2.* – Les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 peuvent être assurées, en tout ou partie, en fonction des besoins de la population appréciés dans le schéma régional d'organisation des soins :

« 1° Par les établissements de santé ;

« 2° Par les groupements de coopération sanitaire ;

« 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 ;

« 4° Par le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil des ministres ;

« 5° Par les autres titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ;

« 6° Par les praticiens exerçant dans les établissements ou structures énumérés aux 1° à 5°.

« 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.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique prévoit les obligations auxquelles est assujéti 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.

« *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 :

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

« 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 ;

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

« Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article 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 aux 1° et 6° à 13° de l'article L. 6112-1 du présent code.

« Les obligations qui incombent à l'établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2, en application du présent article, s'imposent aux praticiens qui y exercent. »

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

« *Art. L. 6112-3-1.* – Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements publics de santé pour l'ensemble de leurs missions.

« 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. »

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

« 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.

« L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 si l'une des conditions ainsi mises à son octroi n'est pas réalisée. »

VII. – L'article L. 6161-4 du même code est remplacé par deux articles L. 6161-4 et L. 6161-4-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6161-4.* – Les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale, mentionnés aux premier et deuxième alinéas 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.

« 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 d'un des contrats mentionnés 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 qui ne peut être mise à la charge de l'établissement ou du praticien.

« *Art. L. 6161-4-1 (nouveau).* – Afin de remédier à une difficulté d'accès aux soins constatée par l'agence régionale de santé, un établissement de santé ou un titulaire d'autorisation peut être assujéti, par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, à garantir, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence. L'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation modifie le cas échéant les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 4113-9. Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture sans faute. »

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

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

« 1° Les centres de lutte contre le cancer ;

« 2° Jusqu'à la signature de leur prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration à l'agence régionale de santé.

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

« Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des articles L. 6146-2 et L. 6154-1 du présent code. »

VIII. – Le premier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code est ainsi rédigé :

« Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie. »

IX. – L'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-20.* – Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente. »

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

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

« Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut

être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente.

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

« 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. »

XI. – L'article L. 6112-5 du même code est abrogé.

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

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé élaborent un projet de santé. » ;

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 » ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret. »

XIII. – L'article L. 6323-2 du même code est abrogé.

XIV. – L'article L. 6111-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé peuvent créer et gérer les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du présent code. »

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.

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 par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat s'ils le souhaitent ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la

loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). Ils deviennent des établissements de santé privés d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception.

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

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

XVII – 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'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et 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.

Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XVII, les deuxième à sixième alinéas du XVIII bis leur sont applicables.

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

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance prévue au 2° de l'article 33 de la présente loi, les articles L. 6112-3, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leurs sont applicables.

Jusqu'à la date mentionnée au troisième alinéa du présent XVIII, ~~les articles L. 6161-3-1~~ et le dernier alinéa de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur reste applicable. Les deuxième à sixième alinéas du XVIII bis du présent article leur sont applicables.

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

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique ou le compte financier font apparaître un déséquilibre financier répondant à

des critères définis par décret, ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

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

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

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

En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire

aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du même code.

XIX. – 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 n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

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

I. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 5126-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmacies à usage intérieur peuvent approvisionner en médicaments réservés à l'usage hospitalier les établissements de santé délivrant des soins à domicile ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur. »

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

« Les établissements de santé délivrant des soins à domicile, qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur, peuvent confier à une pharmacie d'officine une partie de la gestion, de l'approvisionnement, de la préparation, du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles. Les médicaments précités ne peuvent être ceux réservés à l'usage hospitalier. Les dispositions régissant les rapports, prévus ci-dessus, entre les établissements de santé délivrant des soins à domicile et les pharmacies d'officine sont précisées par voie réglementaire. »

### **Article 1<sup>er</sup> ter (nouveau)**

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

« *Art. L. 6125-2.* – Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions

prévues par l'article L. 6122-1 peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile.

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

« Les présidents, administrateurs, directeurs ou gérants qui enfreignent les dispositions du présent article sont punis d'une amende de 3 750 €, et en cas de récidive d'une amende de 7 500 €, par infraction constatée. »

## Article 2

I. – L'article L. 6111-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

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

« Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables 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. »

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

[ ]

« *Art. L. 6144-1.* – Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences; elle

propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

« Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par décret.

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

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

III. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 5126-5 du même code sont supprimés.

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

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

2° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« La conférence médicale contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations médicales contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale de l'établissement est consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2.

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

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

« La conférence médicale d'établissement est consultée dans des matières et des conditions fixées par décret. »

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

« Les établissements de santé transmettent aux agences régionales de santé, à l'État ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaire, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation. »

*V bis (nouveau).* – Le premier alinéa du I de l'article L. 6122-13 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « soins », sont insérés les mots : « ou de l'installation d'un équipement matériel lourd » ;

2° Après le mot : « publique », sont insérés les mots : « ou à la continuité des soins assurée par le personnel médical ».

*V ter (nouveau).* – Le 2° de l'article L. 6152-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel, ces personnels peuvent être recrutés par contrat de courte durée sans qu'il en résulte un manquement à la continuité des soins sont précisées par voie réglementaire ; ».

VI. – Le dernier alinéa de l'article L. 1151-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

VII. – Le dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

### **Article 3**

I. – L'intitulé du chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ».

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Les cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;

3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« 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. » ;

4° Le huitième alinéa est supprimé ;

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

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

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° *Supprimé*..... ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

3° *bis (nouveau)* Le quatrième alinéa est complété par les mots : « avec, d'une part, les établissements de santé exerçant des activités de soins à domicile et les établissements médico-sociaux et, d'autre part, avec les professionnels de santé conventionnés, les centres de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, les maisons de santé et les réseaux de santé » ;

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

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

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

5° Au septième alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « six » ;

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

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

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

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

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

« *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 des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code 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**

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

« *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.

« Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur nommé :

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

« 2° Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, 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 ;

« 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.

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

II. – L'article L. 6141-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« 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. » ;

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.

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

« *Art. L. 6141-2-1.* – L'établissement public de santé dispose des ressources suivantes :

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

« 2° Dotations ou subventions de l'État, d'autres personnes publiques et des régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Produits des ventes de biens ou services et produits des brevets qu'il détient ;

« 4° Revenu des participations et produits financiers et divers ;

« 5° Dons, legs, subventions et apports ;

« 6° Produits des cessions d'actifs et produits exceptionnels ;

« 7° Emprunts et avances ;

« 8° (*nouveau*) Autres produits ou ressources. »

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

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

« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

« Les 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.

« 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.

« Les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

## **Article 5**

I. – L'intitulé du chapitre III du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :  
« Conseil de surveillance, directeur et directoire ».

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

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

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

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

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

« 3° *bis (nouveau)* Le programme d'investissement ;

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

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

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

« Il donne son avis sur :

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

« – l'adhésion, le retrait à une communauté hospitalière de territoire et à un groupement de coopération sanitaire. »

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

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

« 1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;

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

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont au moins deux représentants des catégories d'usagers concernés au sens de l'article L. 1114-1.

« Le nombre de membres de chacun des collèges doit être identique et au maximum de cinq.

« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°. Le vice-président du directoire assiste aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

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

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

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

« Un directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou, lorsqu'elle est désignée comme caisse-pivot par arrêté interministériel conformément à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, de la caisse de la mutualité sociale agricole, 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'établissement au regard des objectifs déterminés dans le projet régional de santé, ainsi que sur les prescriptions délivrées en son sein.

« 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.

« 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 assiste, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

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

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

« 1° À plus d'un titre ;

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

« 3° S'il est membre du directoire ;

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

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

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

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

[ ]

IV. – L'article L. 6143-6-1 du même code est abrogé.

## Article 6

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

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

« Le président du directoire est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° 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.

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

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

« Le président du directoire est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut

déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

« Après consultation des autres membres du directoire, le président du directoire :

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

« 2° Arrête le projet médical de l'établissement après avis de la commission médicale d'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 ;

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

« 4° Détermine le programme d'investissement ;

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

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

« 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<sup>er</sup> de la présente partie ou aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *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.

« *Art. L. 6143-7-4.* – Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de sept membres, ou neuf membres dans les centres hospitaliers universitaires, dont son président et son vice-président ; le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est membre du directoire. Les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire. 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. 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 fait partie du directoire.

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

III. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du même code est supprimée.

IV. – L'article L. 6143-3-2 du même code est ainsi rédigé :

« *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.

« 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.

« 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. »

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

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

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

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

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

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

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

« Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du président du directoire, ou les attributions de ce conseil ou du président du directoire, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommé désigné, exerce les attributions du président du directoire. Le

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

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

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

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

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

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

« L'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

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

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

## **Article 7**

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

1° À l'article 3, les trois premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, par dérogation à la règle énoncée à l'article 3 du titre I<sup>er</sup> du statut général, sur les emplois de directeur des

établissements mentionnés à l'article 2. Ces personnes reçoivent une formation à l'École des hautes études en santé publique. » ;

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 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. » ;

3° Après l'article 9-1, il est inséré un article 9-2 ainsi rédigé :

« *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 signé par le directeur général de l'agence régionale de santé 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. » ;

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

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

« *Art. 65-2.* – Par dérogation aux dispositions de l'article 65, l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° à 3° et 7° de l'article 2 et la détermination de la part variable de leur rémunération sont assurées :

« – par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements, après avis du président du conseil de surveillance ;

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

« – par le directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire pour les directeurs des autres établissements de santé membres. » ;

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

7° L'article 116 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

- après les mots : « des personnels de direction », sont insérés les mots : « et des directeurs des soins » ;

- les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « à la date de clôture du pénultième exercice » ;

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

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

II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « l'Institut national de jeunes aveugles, », sont insérés les mots : « propose au directeur du Centre national de gestion la nomination dans leur emploi des directeurs-adjoints et, le cas échéant, des directeurs des soins, ».

### **Article 7 bis (nouveau)**

À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique, les mots : « la composition et les conditions de fonctionnement de ces commissions » sont remplacés par les mots : « les conditions de fonctionnement et la composition de ces commissions, au sein desquelles doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé au sens de l'article L. 1114-1, ».

## Article 8

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

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

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

« Les chefs de pôle 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.

« 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 médicale et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

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

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle.

« 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. »

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

« *Art. L. 6146-2.* – Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le président du directoire d'un établissement public de santé peut 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, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les professionnels libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

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

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

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

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

2° Après le troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement.

« Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment des lits. À la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel. » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 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 de finances rectificative pour 1961 (n° 61-825 du 29 juillet 1961). »

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

« *Art. 6161-5-1.* – Les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients recourent à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement privé de santé.

« Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l'acte. »

### **Article 8 bis (*nouveau*)**

Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique sont supprimés.

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

Après l'article L. 6152-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« *Art. 6152-7.* – Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues, dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer, par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la durée de l'expérimentation, les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre, ainsi que les modalités de son évaluation. »

### **Article 9**

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

« *Art. L. 6145-16.* – Les comptes des établissements publics de santé dont la liste est fixée par décret sont certifiés.

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

II. – L'article L. 6145-16 du code de la santé publique issu de la présente loi s'applique 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 9 bis (nouveau)**

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

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

« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux.

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

« 1° Le président du conseil d'administration et le directeur général du groupement sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité. Le président peut être choisi parmi les parlementaires après avis du président de l'assemblée à laquelle il appartient ;

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

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

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

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

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

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

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

II. – Les droits et obligations contractés par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France pour le compte de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers et de la mission nationale d'appui à l'investissement prévues à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont transférés à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Les droits et obligations contractés par le groupement pour la modernisation du système d'information sont transférés à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu ni à imposition ni à rémunération.

La dotation prévue au 1° de l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique pour l'année 2009 est minorée des montants versés pour 2009 au titre du III *quater* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée.

L'article L. 6113-10 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeure en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

## **Article 10**

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

1° Le 3° devient le 4°;

2° Le 3° est ainsi rétabli :

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

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

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

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

« 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.

« 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. »

III. – L'article L. 6152-4 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6152-4.* – Sont applicables aux personnels mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 :

« 1° L'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

« 2° Les 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 ;

« 3° 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 ;

« 4° Les articles L. 413-1 à L. 413-16 du code de la recherche. »

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 ».

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 ainsi rédigé :

« Le présent titre ne s'applique pas aux médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. »

VI. – L'article L. 952-23 du code de l'éducation est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le régime indemnitaire applicable à ces personnels est fixé par décret. »

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

« 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. » ;

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

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

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

VIII. – L'article L. 4221-12 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

« 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. » ;

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

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

## Article 11

I. – L'article L. 6145-6 du code de la santé publique est abrogé.

II. – L'article L. 1111-8 du même code est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du premier alinéa, après le mot : « données », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, papier ou informatique, » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, papier ou informatique, » ;

3° À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « hébergement », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, » ;

4° À la première phrase du troisième alinéa, après le mot « hébergeurs », sont insérés les mots : « des données, quel qu'en soit le support, ».

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

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

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

2° Le dernier alinéa de l'article 20 est ainsi rédigé :

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

### CHAPITRE III

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

### **Article 12**

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

#### « *CHAPITRE II*

#### « *Communautés hospitalières de territoire*

« *Art. L. 6132-1.* – Des établissements publics de santé peuvent 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.

« En tant que de besoin, un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics peuvent adhérer à une communauté hospitalière de territoire avec le statut de membre associé.

« Cette communauté comprend un établissement public de santé qui en est le siège.

« *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.

« *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 :

« 1° Le projet médical commun et les compétences ou activités, déléguées ou transférées entre les établissements membres de la communauté ;

« 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 les modalités déterminées à l'article L. 6132-4 ;

« 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. 6132-7 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 6° (*nouveau*) Le cas échéant, un volet relatif à l'articulation entre établissements de santé et établissements médico-sociaux publics.

« *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. Dans l'hypothèse où la communauté comporte un établissement médico-social public, le directeur et le président du conseil d'administration de l'établissement associé assistent au conseil de surveillance de l'établissement siège avec voix consultative.

« 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.

« Par exception à l'article L. 6144-1, la commission médicale d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des commissions médicales d'établissement des établissements membres.

« 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.

« *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 à compter de la publication de l'arrêté créant la communauté hospitalière de territoire.

« ~~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.

« *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.

« Les programmes d'investissement des établissements membres et leurs plans globaux de financement pluriannuels mentionnés aux 4° et 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 à compter de la publication de l'arrêté créant la communauté hospitalière de territoire.

« 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 soins 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 à compter de la publication de l'arrêté créant la communauté hospitalière de territoire.

« 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 autres établissements membres et les

transmet au directeur général de l'agence régionale de santé compétent pour l'établissement siège.

« Art. L. 6132-8. – *Supprimé*.....

« 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 ou les directeurs généraux des agences régionales de santé concernées selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

« 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.

« 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.

« Art. L. 6132-10. – Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :

« 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 ;

« 2° Il peut être procédé à un échange de meubles 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.

« 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 honoraires. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé concernées authentifient les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

« *Art. L. 6132-11.* – 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.

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

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

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

« *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.

« *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.

« 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 des agents les occupant, ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

« *Art. L. 6132-14.* – La convention constitutive d'une communauté hospitalière de territoire peut stipuler, à l'initiative des établissements membres de la communauté hospitalière de territoire ou dans les conditions mentionnées aux articles L. 6131-1 à L. 6131-3, que la communauté prend la forme d'une communauté hospitalière de territoire intégrée.

« 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.

« 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.

« *Art. L. 6132-15.* – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont précisées par décret en Conseil d'État. »

II (*nouveau*). – 1. Au titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« *CHAPITRE PRELIMINAIRE*

**« Incitations financières aux coopérations entre établissements de santé »**

« Art. L. 6130-1. – La coopération entre établissements de santé constitue une priorité de la politique nationale d'organisation des soins. À cette fin, jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont prioritairement affectés à l'appui aux établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment sous forme de communautés hospitalières de territoire ou de groupement de coopération sanitaire. L'agence régionale de santé vérifie que les projets correspondant aux communautés hospitalières de territoire ont bénéficié d'un financement majoré de 15 %. »

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

3. L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

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

2° Après la deuxième occurrence du mot : « groupements », la fin du premier alinéa du III est ainsi rédigée : « , de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code. »

### **Article 13**

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

« CHAPITRE III

« Groupements de coopération sanitaire

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

« À cet effet, il peut :

« 1° Organiser, réaliser ou gérer, en son nom ou pour le compte de ses membres :

« - des moyens de toute nature ;

« - des activités notamment administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, de recherche ou d'enseignement ;

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

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

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

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

« 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.

« 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.

« 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.

« *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.

« Un groupement de coopération sanitaire de droit public autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins est qualifié d'établissement public de santé.

« Le groupement de coopération sanitaire poursuit un but non lucratif.

« 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.

« *Art. L. 6133-4.* – L'assemblée générale du groupement de coopération sanitaire 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.

« 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 :

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

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

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

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

« c) Cinq personnalités qualifiées, dont deux nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 nommés selon des modalités définies par décret.

« 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.

« *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 :

« 1° Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins ou à installer des équipements matériels lourds ;

« 2° Lorsqu'il bénéficie d'une dotation de financement en application de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 6133-6.* – Le groupement de coopération sanitaire peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes par les participations de ses membres.

« Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations

« *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.

« *Art. L. 6133-8.* – Les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement, les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

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

« Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 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.

« 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.

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

« *Art. L. 6133-8-1 (nouveau)*. – Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé, selon des modalités particulières définies par décret en Conseil d'État.

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

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

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

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

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

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

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

III. – Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, soit en communauté hospitalière de territoire soit en groupement de coopération sanitaire. Jusqu'à cette transformation, ils restent régis par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

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

*IV bis (nouveau).* – L'article 2 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 :

« Les structures de coopération de droit public auxquelles adhèrent un ou plusieurs établissements mentionnés au présent article peuvent être assujetties, pour les personnels qu'elles rémunèrent, aux dispositions prévues aux articles 21 et 22 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, aux 6°, 6° bis et 6° ter de l'article 41 et à l'article 116-1 de la présente loi, aux articles 21 et 22 de la loi n° 90-579 du 4 juillet 1990 relative au crédit-formation, à la qualité et au contrôle de la formation professionnelle continue et modifiant le livre IX du code du travail, ainsi qu'aux dispositions du II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. »

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

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

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

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

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

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

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

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

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

« 1° De conclure une convention de coopération ;

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

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

« 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.

« *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.

« *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.

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

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

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

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

« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, 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. »

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

Au deuxième alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « , dont au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile, ».

### **Article 13 ter (nouveau)**

Le 2° de l'article L. 6121-7 du code de la santé publique est complété par les mots : « , et des établissements assurant une activité de soins à domicile ».

### **Article 13 quater (nouveau)**

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

« *Art. L. 162-26-1.* – Lorsqu'un établissement de santé prévu au *d* de l'article L. 162-22-6 emploie des médecins salariés pour assurer ses activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. »

## TITRE II ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

### Article 14

I. – *Supprimé*.....

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

« CHAPITRE I<sup>ER</sup> BIS

#### « Organisation des soins

« Art. L. 1411-11. – L'accès 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. Ces soins comprennent :

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

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

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

« 4° L'éducation pour la santé.

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

« Art. L. 1411-12. – Les soins 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. »

III. – À l'article L. 1411-19 du même code, la référence : « du présent chapitre » est remplacée par les références : « des chapitres I<sup>er</sup> et du présent chapitre ».

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

« *CHAPITRE PRELIMINAIRE*

« *Médecin généraliste de premier recours*

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

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

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

« 3° S'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;

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

« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

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

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

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

**Article 14 bis (*nouveau*)**

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

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

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

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

« 1° Contribuent aux soins de premier recours ;

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

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

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

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

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

« 7° Peuvent assurer auprès de certains patients qui les désignent le rôle de pharmacien de coordination. À ce titre, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1, ils peuvent notamment, à la demande ou avec l'accord du médecin, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie, et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

« 8° Peuvent proposer des prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, notamment en contribuant à l'éducation pour la santé, en réalisant ou en participant à des actions de prévention ou de dépistage.

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

### **Article 14 *ter* (nouveau)**

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

1° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les professionnels de santé exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé.

« Les maisons de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins. À cet effet, une part du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est affectée au financement de maisons de santé. Le montant de cette part est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. Les modalités d'élaboration et d'attribution de cette part ainsi que des dotations des maisons de santé sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

II. – L'article L. 6323-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

### **Article 14 *quater* (nouveau)**

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

« CHAPITRE III TER

« *Pôles de santé*

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

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

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Les pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

**Article 14 *quinquies* (nouveau)**

Avant le 15 septembre 2009, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à rendre l'article L. 3111-9 du code de la santé publique applicable aux personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou volontaire au sein de services d'incendie et de secours qui ont été vaccinées contre l'hépatite B depuis la date d'entrée en vigueur de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.

**Article 15**

I. – À l'intitulé du chapitre IV du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation, le mot :

« odontologiques » est remplacé par les mots : « en chirurgie dentaire ».

*I bis (nouveau).* – L'article L. 631-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « odontologiques » est remplacé par les mots : « de chirurgie dentaire » ;

2° Le premier alinéa est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « dans les conditions définies par décret. Pour les études de chirurgie dentaire, ce nombre est déterminé et fixé régionalement. » ;

3° Le deuxième alinéa est supprimé ;

4° À la première phrase du troisième et du quatrième alinéas, le mot : « odontologiques » est remplacé par les mots : « de chirurgie dentaire » ;

5° Au cinquième alinéa, le mot : « odontologiques » est remplacé par les mots : « de chirurgie dentaire ».

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

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

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

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

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

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

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

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

III. – 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.

IV. – L'article L. 632-5 du même code est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « , de centres de santé ou de structures de soins alternatives à l'hospitalisation » ;

2° Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

V (*nouveau*). – L'article L. 634-1 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le troisième cycle long des études odontologiques, dénommé internat en odontologie, est accessible par concours national aux étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle des études odontologiques.

« Les étudiants nommés à l'issue du concours en qualité d'interne en odontologie peuvent accéder à des formations

qualifiantes de troisième cycle dont la liste est fixée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat.

« Après validation de ce troisième cycle et soutenance d'une thèse, les internes obtiennent en plus du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, un diplôme mentionnant la qualification obtenue.

« Le titre d'ancien interne ne peut être utilisé que par des personnes justifiant du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire et du diplôme sanctionnant l'une des formations de troisième cycle prévues au précédent alinéa. » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « le contenu des formations, » sont supprimés.

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

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

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

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut,

après avis de la conférence régionale de santé, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6.

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

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

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

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

« *Art. L. 631-1-1.* – Lorsqu'ils sont admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, des étudiants peuvent signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation initiale, soit la fin du troisième cycle, dans un territoire où le schéma visé à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi

n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire . La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

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

« Au cours de la dernière année du troisième cycle des études médicales, les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent une affectation au sein d'une liste établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé. Ils sont affectés auprès de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle se trouve leur lieu d'affectation. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur affectation. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, les affecter auprès d'une autre agence régionale de santé.

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

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

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

### **Article 15 ter (nouveau)**

Après l'article L. 632-1 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-1-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 632-1-1 A. – Le deuxième cycle des études médicales comprend un enseignement portant spécifiquement sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. »

**Article 15 quater (nouveau)**

À compter de la promulgation de la présente loi et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois à pourvoir dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :

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

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

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