

N° 65 rectifié

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 octobre 2010

## PROPOSITION DE LOI

**modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,**

PRÉSENTÉE

Par M. Jean-Pierre FOURCADE,  
Sénateur

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*



## EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

La présente proposition de loi a pour objet d'introduire dans le code de la santé publique et dans le code de la sécurité sociale une série d'ajustements visant à corriger des dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui se sont révélées d'application difficile, ainsi que des dispositions nouvelles de nature à rendre plus effective l'application de la loi.

Les modifications proposées ne concernent pas le titre 1<sup>er</sup> de la loi HPST relatif à la modernisation des établissements de santé. Les conditions de mise en œuvre du titre 1<sup>er</sup> de la loi sont en cours d'examen par le comité créé par son l'article 35 qui dispose que le comité est « *chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé* » et doit remettre un rapport au Parlement au plus tard deux ans après sa publication, soit le 21 juillet 2011. D'éventuels ajustements du titre 1<sup>er</sup> de la loi HPST pourront alors être proposés. Seule exception à cette règle, figure dans cette proposition de loi un article relatif aux fondations hospitalières créée par l'article 8 de la loi HPST et dont les règles de création sont trop contraignantes.

Les six premiers articles concernent l'organisation des soins de premier recours. Les dispositions proposées visent à faciliter l'exercice collectif des professionnels de santé. Elles proposent aussi de supprimer des dispositions difficilement applicables et mal vécues par les médecins libéraux.

Les articles sept à onze sont de nature très diverse. Ils concernent les fondations hospitalières, le cadre d'emploi de la réserve sanitaire, l'hébergement des données médicales personnelles, les conséquences de l'application des règlements sanitaires internationaux et le financement de l'Institution nationale des invalides. Ces articles tiennent compte des observations faites par le Conseil constitutionnel et par le Conseil d'État.

Les trois derniers articles concernent les structures médico-sociales.

L'**article 1<sup>er</sup>** vise, par la création de la **société interprofessionnelle ambulatoire**, à donner un cadre juridique permettant un exercice en commun de professionnels de santé relevant de professions différentes. Les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération, issues de l'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, ont mis en lumière les limites des statuts juridiques existants et la nécessité de faire émerger une structure répondant aux contraintes juridiques et fiscales et qui satisferait aux attentes des praticiens exerçant dans un cadre pluri-professionnel coordonné, notamment au sein des maisons et pôles de santé. En effet, aucune structure ne permet simultanément de :

- regrouper des professionnels de santé relevant de professions différentes ;
- percevoir des financements publics (État, assurance maladie et collectivités territoriales) ;
- redistribuer ces sommes entre ses membres ;
- facturer certains actes à l'assurance maladie ;
- disposer d'un cadre sécurisé au niveau fiscal et social ;
- bénéficier de règles simplifiées en matière d'entrée et de sortie des professionnels de santé au sein de la structure.

Il s'agit donc de créer un nouveau statut juridique adapté à ces exigences qui serait dénommé « Société interprofessionnelle ambulatoire » (SIA). Ce nouveau statut s'appuie très largement sur le régime juridique des sociétés civiles de moyens, aujourd'hui très utilisées par les acteurs de terrain et très appréciées pour leur souplesse d'utilisation et leur relative simplicité de gestion. La SIA pourra être constituée entre personnes physiques et personnes morales. Elle ne pourra pas avoir d'activités d'hébergement. Les dispositions proposées définissent également les règles de rémunération et de responsabilité des professionnels associés dans cette structure.

L'**article 2** concerne le statut des **maisons de santé** créées par la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 et dont le statut a été modifié par la loi HPST. Les dispositions proposées précisent que les maisons de santé doivent être dotées de la personnalité juridique, ne doivent pas assurer d'hébergement et avoir élaboré un projet de santé. Elles précisent aussi que les maisons de santé peuvent participer à des actions de santé publique et à des actions sociales. Enfin, une disposition concerne les modalités de gestion des informations médicales personnelles au sein des maisons et centres de santé et ouvrent la possibilité, avec l'accord du patient, de confier ces informations à l'ensemble des professionnels intervenant dans la structure.

L'**article 3** modifie le **contrat santé-solidarité** institué par la loi HPST. Selon ce dispositif, le directeur général de l'agence régionale de santé a la possibilité de proposer un contrat santé-solidarité aux médecins exerçant en zone sur-dense, en fonction de la satisfaction des besoins d'implantations de médecins de premier recours. Les médecins signataires de ce contrat s'engagent à exercer plusieurs demi-journées par mois dans une zone sous-dense. À défaut, ils sont tenus de s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle.

Le caractère coercitif de cette sanction a été mal vécu par les professionnels et la mesure est apparue difficile à mettre en œuvre. Cet article de la proposition de loi supprime la sanction et renvoie à la négociation entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs la définition des termes d'un contrat type. Il s'agit de trouver une base d'accord sur un dispositif mieux accepté et plus efficace.

L'**article 4** concerne l'organisation de la permanence des soins de ville. Son objet est de **supprimer l'obligation faite aux médecins de déclarer leurs absences programmées**. Cette obligation est apparue difficilement applicable en raison de l'impossibilité d'en contrôler l'exécution.

Afin de rechercher des moyens plus adaptés pour l'organisation de la permanence des soins, le conseil national de l'ordre des médecins a invité les conseils départementaux de mettre en œuvre un dispositif initié avec succès dans le département de Seine-Saint-Denis. Il s'agit de demander aux médecins libéraux d'informer le conseil de l'ordre des périodes au cours desquelles ils seraient disponibles durant l'été, ainsi que des difficultés qu'ils connaîtraient pour leur remplacement. Il apparaît par conséquent plus judicieux de responsabiliser l'ordre des médecins que de mettre en œuvre une disposition ressentie comme autoritaire et inefficace.

L'**article 5** rétablit les articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale abrogés par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination de la Loi HPST. Ces articles concernent les **contrats de bonnes pratiques et aux contrats de santé publique**. Ces contrats visent, grâce à des incitations financières, à favoriser l'exercice médical dans les zones franches urbaines et les zones rurales.

L'**article 6** concerne **l'exercice par les patients de leur droit à information**. Cette proposition vient simplifier une disposition de la loi HPST qui exige des professionnels de santé qu'ils délivrent de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé et le

prix de toutes les prestations associées. Cela exige du praticien qu'il fournisse une liste parfois très longue de prix de chaque élément de l'appareillage. Outre la complexité de l'information fournie, ce texte permet des contournements à travers la constitution de sociétés constituées entre professionnels afin de leur fournir les matériels à un prix de convenance, les bénéfices étant remontés du professionnel vers la société.

Le texte proposé supprime l'obligation de détailler chaque élément de l'appareillage et remplace l'obligation de faire figurer le prix d'achat par l'obligation de faire figurer le « coût » des matériels, afin de tenir compte de la situation de chirurgiens dentistes qui emploient des prothésistes.

L'**article 7** donnerait au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) la possibilité de **suspendre ou de fermer un centre de santé** dont le fonctionnement poserait problème, de la même manière qu'il peut suspendre ou arrêter tout ou partie de l'activité d'un établissement de santé.

L'**article 8** concerne les règles de **financement des réseaux de santé** par les crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Son objet est de donner compétence aux agences régionales de santé pour les décisions de financement au titre du FIQCS qui relèvent des fonds attribués à chaque région. Actuellement, ces décisions sont liées aux règles de gestion du comité national de gestion du fonds qui se prononce sur l'attribution de toutes les subventions, même quand elles sont d'un montant très faible. Il en résulte un délai de traitement disproportionné au regard des enjeux financiers.

L'**article 9** concerne les **fondations hospitalières**, créées par la loi HPST pour faciliter l'organisation de la recherche. Dans le cadre de l'examen du décret d'application, le Conseil d'État a considéré que la rédaction de la loi HPST ne permettait pas aux fondations hospitalières de s'affranchir des règles applicables aux fondations d'utilité publique, dont la procédure de création est particulièrement complexe et dont la gouvernance est inadaptée au but recherché par les fondations hospitalières.

La disposition proposée consiste, à affranchir les fondations hospitalières du statut de fondations d'utilité publique, à permettre aux fondateurs de disposer de la majorité au conseil d'administration de la fondation, à conférer au directeur général de l'ARS le pouvoir de contrôler les fonds affectés à la fondation par les établissements hospitaliers et à renvoyer à un décret en conseil d'État les modalités d'application des textes législatifs, en précisant que la fixation par ce décret des règles de création

et de fonctionnement des fondations hospitalières doivent tenir compte de leur spécificité.

L'**article 10** définit le **cadre d'emploi de la réserve sanitaire** définie à l'article L. 3231-1 du code de la santé publique et dont l'objet est de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves aux plans national ou international, afin de compléter, en cas de nécessité, les moyens déployés par les services de l'État, les collectivités territoriales et autres personnes, dont les hôpitaux, participant à des missions de sécurité civile.

La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort et est composée de personnes volontaires qui sont professionnels de santé en exercice (médecins conseil de l'assurance maladie, professionnels de santé de l'Éducation nationale, la médecine du travail, la PMI et), ayant cessé d'exercer leur profession depuis moins de 3 ans ou en formation (internes en médecine, odontologie, pharmacie).

Le texte proposé vise à assouplir les conditions de mobilisation de ces moyens en supprimant dans les textes législatifs la référence aux « crises sanitaires » ou aux « situations sanitaires exceptionnelles » afin, notamment, de permettre leur utilisation dans les cas de tensions régionales sur le système de soins. Il vise également à permettre d'activer régulièrement le vivier de la réserve, ce qui contribuerait à rendre le volontariat plus attractif.

Cet article comporte également des dispositions adaptant le cadre législatif à la nouvelle répartition des compétences entre le directeur général de l'ARS et le préfet.

L'**article 11** concerne les mesures de lutte contre la propagation internationale des maladies. Il comporte deux dispositions.

La première a pour objet de mettre à la charge des transporteurs la charge des frais résultant des mesures prises par les autorités sanitaires en vue de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles, notamment en cas d'immobilisation d'un moyen de transport. Cette disposition a pour objet de prévenir des contentieux de la part des transporteurs tentés de faire valoir que l'auteur d'une décision d'immobilisation d'un moyen de transport terrestre, maritime ou aérien devrait en assumer les conséquences financières.

La seconde disposition concerne les sanctions pénales auxquelles s'exposent les fonctionnaires et agents publics, commandants de navires ou d'avions et médecins qui n'auraient pas respecté leur obligation de révéler les faits qu'ils sont dans l'obligation de révéler. Il a pour objet de viser les règlements sanitaires internationaux dans leur globalité et non seulement par référence aux textes listés à l'article 3115-1 du code de la santé publique au terme duquel « *Le contrôle sanitaire aux frontières est régi, sur le territoire de la République française, par les dispositions des règlements sanitaires pris par l'Organisation mondiale de la santé conformément aux articles 21 et 22 de sa constitution, des arrangements internationaux et des lois et règlements nationaux intervenus ou à intervenir en cette matière en vue de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles.* »

L'**article 12** concerne l'**hébergement des données médicales personnelles**. La loi HPST a introduit l'obligation de requérir l'autorisation des personnes pour l'hébergement des données les concernant. L'objet de cet article est de préciser que cette disposition ne s'appliquera qu'aux données personnelles constituées après son entrée en vigueur, le consentement étant difficile à obtenir pour des patients qui ont quitté l'hôpital, parfois depuis très longtemps.

L'**article 13** donne compétence au directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France pour la fixation de la dotation annuelle de **financement de l'Institution nationale des invalides**. Il s'agit de donner à l'ARS compétence sur l'ensemble des financements des établissements de santé situés dans son territoire.

L'**article 14** a pour objet de sécuriser le **statut des groupements de coopération sociale ou médico-sociale** (GCSMS). Les modifications apportées dans la législation applicable à ces groupements par la loi HPST et par l'ordonnance de coordination du 23 février 2010 ont introduit des ambiguïtés d'interprétation de l'article L. 312-7 notamment sur le statut juridique d'un tel groupement.

Les modalités actuelles d'articulation entre le code de l'action sociale et celui de la santé publique doivent donc être clarifiées afin d'éviter que les groupements de coopération sociale ou médico-sociale ne puissent acquérir la qualité d'établissement social ou médico-social en dehors du régime de l'autorisation, ce qui serait contraire aux principes généraux du code de l'action sociale et des familles.



L'**article 15** tire les conséquences de la création des agences régionales de santé sur le processus de décision et de financement des projets financés par la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA) au titre de la section IV de son budget (actions de formation et de modernisation des services et de professionnalisation des salariés intervenant des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées) :

- en donnant la possibilité à la CNSA, dans les cas prévus par un décret, de subdéléguer des crédits aux agences régionales de santé afin d'éviter que l'ensemble des dossiers, notamment ceux d'intérêt régional et local, ne soit traités par le niveau national ;
- en supprimant l'agrément de l'État (au niveau national et local).

Par ailleurs, le texte regroupe dans une même section les charges et les ressources de la section IV mettant fin à la division en sous-sections consacrées l'une aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées, afin de mutualiser les financements attribués aux mêmes types d'actions quel que soit le public concerné. Il permet ainsi, outre une simplification des procédures administratives de la CNSA.

Pour plus de clarté, il est procédé à la réécriture de l'ensemble de cette section IV bien que seules les modifications ci-dessus précisées y sont introduites.

L'**article 16** vient préciser la procédure applicable aux **transformations d'établissements sociaux ou médico-sociaux**. Le décret en Conseil d'État du 26 juillet 2010 a défini la notion de « *transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-* comme correspondant à *la modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service* ». Par exemple, l'évolution d'un institut médico-éducatif (IME) en service d'éducation spéciale et de soins à domicile s'effectue dans une même catégorie relevant de l'enfance handicapée mentionnée au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Une lecture combinée des dispositions législative et réglementaire peut laisser entendre que ces transformations « infra-catégorielle », peuvent être mises en œuvre sans autorisation préalable.

Cette interprétation ne peut évidemment être soutenue compte tenu des enjeux associés à l'actualisation de l'autorisation, à laquelle est attachée nombre de protections des personnes accueillies (vérification des normes de sécurité applicables, visite préalable ...). Il convient donc

d'établir clairement la situation de ces transformations. La disposition proposée va en ce sens en excluant expressément de la procédure d'appel à projet mais non de l'autorisation, les cas de transformation sans changement de catégories de public.

## PROPOSITION DE LOI

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

- ① « Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un quatrième titre ainsi rédigé :
- ② « *TITRE IV : LES SOCIÉTÉS INTERPROFESSIONNELLES  
AMBULATOIRES*
- ③ « *CHAPITRE PREMIER :*
- ④ « *Constitution de la société*
- ⑤ « *Art. L. 4041-1.* – Il peut être constitué, entre personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé régie par la présente partie du code de la santé publique et n’assurant pas d’hébergement, des sociétés interprofessionnelles ambulatoires qui jouissent de la personnalité morale et sont soumises aux dispositions du présent titre.
- ⑥ « *Art. L.4041-2.* – Les sociétés interprofessionnelles ambulatoires sont des sociétés civiles régies par les chapitres I<sup>er</sup> et II du titre IX du livre III du code civil, sous réserve des dispositions du présent titre.
- ⑦ « Elles ont pour objet :
- ⑧ « 1° De faciliter à chacun de leurs associés l’exercice de son activité par la mise en commun de moyens ;
- ⑨ « 2° Si leurs statuts le prévoient, l’exercice en commun de certaines activités à finalité thérapeutique relevant de la profession de leurs associés, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire réservant aux personnes physiques l’exercice de cette profession.
- ⑩ « Les activités qui peuvent être exercées en commun dans le cadre d’une société interprofessionnelle ambulatoire sont précisées par décret.
- ⑪ « *Art. L. 4041-3.* – Peuvent seules être associées les personnes qui, préalablement à la constitution de la société, exerçaient régulièrement la profession ainsi que celles qui, réunissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur, ont vocation à l’exercer.
- ⑫ « Une société interprofessionnelle ambulatoire ne peut être constituée par moins de deux médecins et un auxiliaire médical.
- ⑬ « *Art. L. 4041-4.* – Les statuts de la société sont établis par écrit. Un décret détermine les indications figurent obligatoirement dans les statuts.

- ⑭ « Art. L. 4041-5. – Les statuts de la société interprofessionnelle ambulatoire précisent, le cas échéant, le champ des activités professionnelles qui sont exercées par la société.
- ⑮ « Aucune activité industrielle ou commerciale ne peut être exercée dans le cadre d'une société interprofessionnelle ambulatoire.
- ⑯ « Les professionnels de santé peuvent exercer hors de la société interprofessionnelle ambulatoire toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts.
- ⑰ « Les statuts peuvent toutefois autoriser un associé à exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun. Dans ce cas, les statuts déterminent les conditions dans lesquelles cette activité peut être exercée.
- ⑱ « Art. L. 4041-6. – L'immatriculation de la société interprofessionnelle ambulatoire intervient après l'enregistrement de ses statuts à l'agence régionale de santé.
- ⑲ « Les modifications substantielles apportées aux statuts sont, à peine de nullité, enregistrées auprès de l'agence régionale de santé dans des conditions déterminées par décret.

⑳

« CHAPITRE II :

㉑

« *Fonctionnement de la société*

- ㉒ « Art. L. 4042-1. – Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun conformément à l'article L. 4041-2, constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Par exception, lorsque cette activité est réalisée à titre personnel conformément aux dispositions au quatrième alinéa de l'article L. 4041-5, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société.
- ㉓ « Les statuts déterminent les modalités de répartition des bénéfices et de répartition des charges. En l'absence de clause statutaire, chaque associé a droit à la même part dans les bénéfices.
- ㉔ « Art. L. 4042-2. – Chaque associé répond sur l'ensemble de son patrimoine, des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société.
- ㉕ « La société est solidairement responsable avec lui des conséquences dommageables de ces actes.
- ㉖ « La société et les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle.

②7 « Art. L. 4042-3. – Un associé peut se retirer d'une société interprofessionnelle ambulatoire, soit qu'il cède ses parts sociales, soit que la société lui rembourse la valeur de ses parts.

②8

« CHAPITRE III :

②9

« *Dispositions diverses*

③0 « Art. L. 4043-1. – Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du code de la santé publique.

③1 Les professionnels de santé associés au sein d'une société interprofessionnelle ambulatoire ne sont pas réputés pratiquer le compéage du seul fait de leur appartenance à cette société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts de ladite société.

③2 « Art. L. 4043-2. – Sauf dispositions contraires des statuts, la société interprofessionnelle ambulatoire n'est pas dissoute par le décès, l'incapacité ou le retrait de la société d'un associé pour toute autre cause. Elle n'est pas non plus dissoute lorsqu'un des associés est frappé de l'interdiction définitive d'exercer sa profession.

③3 « L'associé frappé d'une interdiction définitive d'exercer la profession perd, au jour de cette interdiction, la qualité d'associé. Ses parts dans le capital sont alors rachetées dans un délai de six mois par un associé ou à défaut par la société selon les modalités prévues par les statuts. Les parts d'un associé décédé sont également rachetées aux ayants droits dans un délai de six mois.

③4 « L'associé frappé d'une interdiction, les héritiers ou ayants droit d'un associé décédé ne peuvent exercer aucun droit dans la société interprofessionnelle ambulatoire. Toutefois, et à moins qu'ils n'en soient déchus, ils conservent vocation à la répartition des bénéfices, dans les conditions prévues par les statuts. »

## Article 2

① I. – L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

② « Art. L. 6323-3. – La qualité de maison de santé peut être reconnue à toute structure constituée entre des professionnels de santé exerçant une activité de soin à la condition qu'elle soit dotée de la personnalité juridique, qu'elle n'assure pas d'hébergement et qu'elle ait élaboré un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membre de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le texte du projet. Il

doit avoir été transmis pour information le projet de santé à l'agence régionale de santé. »

- ③ II. – Le chapitre III *bis* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6323-3-1 ainsi rédigé :
- ④ « Art. L. 6323-3-1. – Les maisons de santé peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. »
- ⑤ III. – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « Lorsque la personne est prise en charge dans une maison ou un centre de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par elle à l'ensemble des professionnels de santé qui, au sein de la structure, la prennent effectivement en charge et ont adhéré au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. Toutefois, la personne peut refuser que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.
- ⑦ « Dans les services de santé visés aux articles L. 6321-1 et L. 6323-4, les conditions dans lesquelles les informations concernant la santé d'une personne peuvent être échangées par les professionnels de santé sont définies par décret en Conseil d'État. »

### **Article 3**

- ① L'article L. 1434-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③ « Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par au moins une organisation représentative des médecins. »
- ④ 2° Le quatrième alinéa est supprimé.

### **Article 4**

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique est supprimée.

### **Article 5**

Les articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale sont rétablis dans leur rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010.

### **Article 6**

- ① Le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article R. 5211-6 et que le professionnel figure sur une liste prévue par décret, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le coût de ce dispositif médical et des prestations associées, le tarif de responsabilité correspondant, et le cas échéant, le montant des dépassements facturés conformément au dispositif mentionné à l'alinéa suivant. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines. Les conditions d'application du présent alinéa sont déterminées par décret. »

### **Article 7**

- ① Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- ② « Ce décret prévoit les conditions selon lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé peut procéder à la suspension ou à la fermeture d'un centre de santé. »

### **Article 8**

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les agences régionales de santé » sont remplacés par les mots : « ou les agences régionales de santé ».

### **Article 9**

- ① L'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Les statuts des fondations hospitalières sont approuvés par décret. » ;
- ④ 2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

- ⑤ « Les fondateurs de la fondation hospitalière ont la majorité des sièges au conseil d'administration de la fondation et le directeur général de l'agence régionale de santé exerce un contrôle sur les fonds affectés à la fondation par le ou les établissements publics de santé. Un décret en conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. Il fixe les règles générales de création et de fonctionnement des fondations hospitalières en tenant compte de leur spécificité, ainsi que les modalités du contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé sur ces fondations et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation. »

### **Article 10**

- ① Le titre III du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② I. – Le chapitre I<sup>er</sup> est ainsi modifié :
- ③ 1° À la première phrase de l'article L. 3131-2, les mots : « selon les modalités définies par décret en Conseil d'État » sont supprimés ;
- ④ 2° À la première phrase de l'article L. 3131-5, les mots : « ou d'alerte épidémique » sont supprimés ;
- ⑤ 3° L'article L. 3131-6 est abrogé ;
- ⑥ 4° À l'article L. 3131-10, les mots : « En cas de catastrophe sanitaire, notamment liée à une épidémie de grande ampleur, » sont supprimés, et les mots : « au risque » sont remplacés par les mots : « à une catastrophe, une urgence ou une menace sanitaire grave » ;
- ⑦ 5° Le a) de l'article L. 3131-11 est ainsi rédigé :
- ⑧ « a) Le contenu du plan zonal de mobilisation des moyens pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ; »
- ⑨ 6° Au b) de l'article L. 3131-11, les mots : « de la zone de défense » sont remplacés par les mots : « du plan zonal de mobilisation ».
- ⑩ II. – Le chapitre II est ainsi modifié :
- ⑪ 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Constitution et organisation de la réserve sanitaire »
- ⑫ 2° L'article L. 3132-1 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au premier alinéa, les mots : « un corps de » sont remplacés par les mots : « une », et après les mots : « collectivités territoriales », sont insérés les mots : « , des agences régionales de santé, des établissements de santé » ;
- ⑭ b) La seconde phrase du même alinéa est supprimée ;



- ⑮ c) Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;
- ⑯ d) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « d'intervention » sont remplacés par les mots : « sanitaire » ;
- ⑰ 3° L'article L. 3132-3 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Le 1° est ainsi rédigé :
- ⑲ « 1° Les catégories de personnes pouvant entrer dans la réserve sanitaire mentionnée à l'article L. 3132-1 » ;
- ⑳ b) Au 4°, les mots : « d'intervention et de renfort » sont remplacés par les mots : « sanitaire » ;
- ㉑ c) Au 5°, après les mots : « d'engagement », sont ajoutés les mots : « à servir dans la réserve ».
- ㉒ III. – Le chapitre III est ainsi modifié :
- ㉓ 1° Les deux derniers alinéas de l'article L. 3133-1 sont supprimés ;
- ㉔ 2° Le 5° de l'article L. 3133-7 est abrogé ;
- ㉕ IV. – Le chapitre IV est ainsi modifié :
- ㉖ 1° L'article L. 3134-1 est ainsi rédigé :
- ㉗ « *Art. L. 3134-1.* – Il est fait appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile.
- ㉘ « L'arrêté détermine la durée de mobilisation des réservistes ainsi que le département ou la zone de défense dans lequel ils sont affectés, ou l'autorité auprès de laquelle ils sont affectés dans le cas de missions internationales. »
- ㉙ 2° L'article L. 3134-2 est ainsi rédigé :
- ㉚ « *Art. L. 3134-2.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente procède à l'affectation des réservistes auprès des services de l'État ou auprès des personnes morales dont le concours est nécessaire à la lutte contre la menace ou la catastrophe considérée, notamment pour faire face aux situations d'urgence affectant le système sanitaire.
- ㉛ « Dans le cas d'un événement sanitaire mentionné au premier alinéa de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, procède par arrêté à l'affectation des réservistes selon les modalités définies au premier alinéa. Cette affectation des réservistes peut être exercée, dans les mêmes conditions par le représentant de l'État dans la zone de défense si la situation sanitaire ou l'afflux de patients ou de victimes le justifie. » ;

- ③② 3° Après l'article L. 3134-2, il est inséré un article ainsi rédigé :
- ③③ « *Art. L. ....* – Lorsque les ressources de la réserve sanitaire ne sont pas adaptées ou suffisantes pour constituer des équipes de professionnels de santé permettant de répondre à des situations de tension dans le système sanitaire ou aux sollicitations des ministères chargés de la crise au titre des articles L. 1142 et suivants du code de la défense, l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 peut, à la demande du ministre chargé de la santé, passer avec un ou plusieurs établissements de santé des conventions de mise à disposition des professionnels de santé nécessaires.
- ③④ « Ces professionnels de santé mis à disposition bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6. »
- ③⑤ V. – Le chapitre V est ainsi modifié :
- ③⑥ Au premier alinéa de l'article L. 3135-1, les mots : « Les modalités de mise en œuvre et d'emploi de la réserve au plan territorial, sous l'autorité des représentants de l'État compétents, font l'objet d'un décret en Conseil d'État » sont supprimés.

### **Article 11**

- ① Le titre I<sup>er</sup> du livre 1<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre V est complété par un article ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. ....* – Les frais résultant de l'application des mesures sanitaires prescrites pour un moyen de transport en application de l'article L. 3115-1 sont à la charge de l'exploitant du moyen de transport concerné, et notamment les frais d'immobilisation. Si le moyen de transport est un navire, l'ensemble des frais est à la charge de l'armateur, du propriétaire ou de l'exploitant. »
- ④ 2° À l'article L. 3116-5 du code de la santé publique, les mots : « des textes mentionnés à l'article L. 3115-1 » sont remplacés par les mots : « du règlement sanitaire international mentionné à l'article L. 3115-1 ».

### **Article 12**

Pour l'application de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, le consentement exprès des personnes concernées est, à compter de la promulgation de la présente loi, réputé accordé pour ce qui concerne le transfert des données de santé à caractère personnel actuellement hébergées par les établissements publics de santé et par les établissements de santé privés.

### **Article 13**

- ① L'article L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « Les dépenses d'hospitalisation des activités de soins de l'Institution nationale des invalides prises en compte dans l'objectif mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. Cette dotation est versée pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Les sommes versées à l'Institution nationale des invalides sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon les modalités définies au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.
- ③ « Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables à l'Institution nationale des invalides. »

### **Article 14**

- ① Après le sixième alinéa du 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social »

### **Article 15**

- ① La section IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée :
- ② « IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :
- ③ « 1° En ressources une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

- ④ « 2° En charges le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépense de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.
- ⑤ « La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut subdéléguer, dans les cas et conditions fixées par décret, l'exécution de ces dépenses aux agences régionales de santé qui ont qualité d'ordonnateurs secondaires et qui rendent compte annuellement de la conformité de ces dépenses aux objectifs assignés à la présente section. »

### **Article 16**

- ① L'article L 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② I. – Il est ajouté un avant dernier alinéa ainsi rédigé :
- ③ « III. – Les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge au sens du I de l'article L. 312-1 sont exonérées de la procédure d'appel à projet. » ;
- ④ II. – Le premier alinéa du II est complété par les mots : « au sens du III. »