

N° 1739

N° 463

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale  
le 17 juin 2009

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 16 juin 2009

# RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE <sup>(1)</sup> CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE  
SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *portant réforme de  
l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires,*

PAR M. JEAN-MARIE ROLLAND,

Rapporteur,

Député.

PAR M. ALAIN MILON,

Rapporteur,

Sénateur.

---

*(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, sénateur, président ; M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président ; M. Alain Milon, sénateur, M. Jean-Marie Rolland, député, rapporteurs.*

*Membres titulaires : M. Gérard Dériot, Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. Bernard Cazeau, Jacky Le Menn, François Autain, sénateurs ; MM. André Flajolet, Jean Léonetti, Mme Catherine Génisson, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Marisol Touraine, députés.*

*Membres suppléants : MM. Gilbert Barbier, Paul Blanc, Yves Daudigny, Guy Fischer, Bruno Gilles, Jean-Pierre Godefroy, Alain Vasselle, sénateurs ; MM. Yves Bur, Jacques Domergue, Jean-Pierre Door, Mme Catherine Lemorton, MM. Marcel Rogemont, Jean-Luc Prétel, députés.*

**Voir les numéros :**

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

**Sénat : 290, 380, 381 et T.A. 88 (2008-2009).**



## SOMMAIRE

Pages

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE .....	9
EXAMEN DES ARTICLES .....	21
TITRE PREMIER - MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ .....	21
• <i>Article 1<sup>er</sup> A</i> Présentation au Parlement d'un rapport annuel sur la tarification à l'activité .....	21
CHAPITRE PREMIER - MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ .....	21
• <i>Article 1<sup>er</sup></i> Missions des établissements de santé et missions de service public .....	21
• <i>Article 1<sup>er</sup> bis A</i> Reconnaissance de l'hospitalisation à domicile .....	25
• <i>Article 1<sup>er</sup> bis</i> Approvisionnement en médicaments des établissements de santé délivrant des soins à domicile .....	25
• <i>Article 1<sup>er</sup> ter</i> Utilisation de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile .....	25
• <i>Article 2</i> Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé .....	25
• <i>Article 3</i> Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens .....	27
• <i>Article 3 bis</i> Dispositif de non-concurrence au profit du secteur public hospitalier .....	27
CHAPITRE II - STATUT ET GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ .....	30
• <i>Article 4</i> Statut des établissements publics de santé .....	30
• <i>Article 5</i> Conseil de surveillance des établissements publics de santé .....	30
• <i>Article 6</i> Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé .....	34
• <i>Article 7</i> Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière .....	41
• <i>Article 7 bis</i> Représentation des usagers dans les commissions de l'activité libérale .....	41
• <i>Article 8</i> Organisation interne des établissements publics de santé .....	41
• <i>Article 8 ter A</i> Adaptation par voie réglementaire de la gouvernance du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre .....	41
• <i>Article 9</i> Certification des comptes des établissements publics de santé .....	42
• <i>Article 9 bis</i> Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux .....	42
• <i>Article 10</i> Statut des praticiens hospitaliers .....	42
• <i>Article 10 bis</i> Tenue d'une liste de praticiens par le centre national de gestion .....	43
• <i>Article 11</i> Contrôle de légalité sur certains actes des établissements publics de santé, hébergement des données à caractère personnel par des tiers et commissions administratives paritaires .....	43
CHAPITRE III - FAVORISER LES COOPÉRATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ .....	43
• <i>Article 12</i> Communauté hospitalière de territoire .....	43
• <i>Article 13</i> Groupements de coopération sanitaire - Coordination par l'agence régionale de santé de l'évolution du système hospitalier .....	47

• <b>Article 13 bis A Détermination des tarifs applicables aux patients européens ou relevant d'une convention internationale</b> .....	48
• <b>Article 13 bis B Extension du champ des missions des conseillers généraux des établissements de santé</b> .....	48
• <b>Article 13 bis C Coordination</b> .....	49
• <b>Article 13 quater A Prise en charge par la sécurité sociale des honoraires des médecins salariés par un établissement privé</b> .....	49
• <b>Article 13 quater Prise en compte des honoraires correspondant à l'activité des médecins salariés dans le tarif des établissements privés</b> .....	49
• <b>Article 13 quinquies Allongement des délais de paiement des établissements sanitaires et médico-sociaux de droit privé</b> .....	49
• <b>Article 13 sexies Affiliation à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales des fonctionnaires des établissements publics de santé rattachés à des collectivités territoriales</b> .....	50
• <b>Article 13 septies Prise en compte des conventions hospitalo-universitaires dans les contrats pluriannuels conclus entre les universités et l'Etat</b> .....	50
• <b>Article 13 octies Prise en compte des objectifs de formation et de recherche dans les projets d'établissement</b> .....	50
• <b>Article 13 nonies Précisions sur le contenu des conventions hospitalo-universitaires</b> .....	50
• <b>Article 13 decies Comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé</b> .....	51
<b>TITRE II - ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ</b> .....	51
• <b>Article 14 Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours</b> .....	51
• <b>Article 14 bis A Transmission des informations de suivi d'un patient hospitalisé</b> .....	51
• <b>Article 14 bis Missions des pharmaciens d'officine</b> .....	52
• <b>Article 14 ter Maisons et centres de santé</b> .....	52
• <b>Article 14 quater Définition des pôles de santé</b> .....	52
• <b>Article 14 quinquies A Dotation de financement des services de santé</b> .....	53
• <b>Article 15 Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé - Revalorisation de l'internat en odontologie - Création d'un contrat santé solidarité</b> .....	53
• <b>Article 15 bis AA Transformation de l'école nationale supérieure de la sécurité sociale en école nationale de la protection sociale</b> .....	53
• <b>Article 15 bis A Suppression d'une discrimination existant pour les ressortissants français désirant se présenter aux épreuves de l'internat</b> .....	53
• <b>Article 15 bis Contrat d'engagement de service public pour les étudiants en médecine</b> .....	53
• <b>Article 15 ter Formation des étudiants en médecine sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse</b> .....	55
• <b>Article 15 quater Nombre minimal annuel de créations de postes d'enseignants en médecine générale</b> .....	55
• <b>Article 16 A Prise en charge financière par les établissements de santé des interventions des services départementaux d'incendie et de secours à la demande de la régulation médicale</b> .....	55
• <b>Article 16 Permanence des soins</b> .....	55
• <b>Article 16 bis Expérimentation du dossier médical sur clé USB pour les patients atteints d'affections de longue durée</b> .....	56

• <i>Article 17</i> <b>Coopération entre les professionnels de santé</b> .....	56
• <i>Article 17 bis</i> <b>Lactariums</b> .....	56
• <i>Article 17 ter</i> <b>Fixation du montant de la sanction pour non-transmission électronique des feuilles de soins par le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie</b> .....	57
• <i>Article 18</i> <b>Limitation des refus de soins par les professionnels de santé</b> .....	58
• <i>Article 18 bis</i> <b>Consultation annuelle gratuite d'un généraliste pour les jeunes</b> .....	60
• <i>Article 18 ter</i> <b>Transmission d'informations par les caisses d'assurance maladie aux ordres professionnels compétents</b> .....	60
• <i>Article 18 quater A</i> <b>Information du patient sur le coût et l'origine des prothèses</b> .....	60
• <i>Article 18 quater B</i> <b>Clarification du régime de garantie des risques de responsabilité civile encourus par les médecins</b> .....	61
• <i>Article 19</i> <b>Formation continue des professionnels de santé</b> .....	62
• <i>Article 19 bis B</i> <b>Reconnaissance du niveau master au diplôme d'Etat de sage-femme</b> .....	62
• <i>Article 19 bis</i> <b>Encadrement des pratiques à visée esthétique</b> .....	62
• <i>Article 19 ter</i> <b>Ordres des professions médicales et pharmaceutique</b> .....	63
• <i>Article 19 quater</i> <b>Ordres des professions paramédicales</b> .....	63
• <i>Article 19 quinquies</i> <b>Contrôle des établissements de formation agréés en ostéopathie et chiropraxie</b> .....	63
• <i>Article 19 sexies</i> <b>Élargissement du champ de contrôle de l'inspection générale des affaires sociales</b> .....	64
• <i>Article 19 septies</i> <b>Modalités de validation des qualifications des professionnels de santé</b> .....	64
• <i>Article 19 octies</i> <b>Sanction de l'exercice illégal et de l'usurpation du titre de préparateur en pharmacie hospitalière</b> .....	64
• <i>Article 19 nonies</i> <b>Faculté pour le directeur général de l'ARS de suspendre le droit d'exercice des orthophonistes et des orthoptistes</b> .....	64
• <i>Article 20</i> <b>Réforme par voie d'ordonnance du statut des laboratoires de biologie médicale</b> .....	64
• <i>Article 21</i> <b>Habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnances les mesures nécessaires à la transposition de certaines règles communautaires en matière de qualifications professionnelles et de dispositifs médicaux</b> .....	65
• <i>Article 21 bis A</i> <b>Sanctions en cas de distribution de médicaments à usage humain collectés auprès du public et non utilisés</b> .....	65
• <i>Article 21 bis B</i> <b>Bénéfice du temps partiel thérapeutique pour les internes en médecine</b> .....	65
• <i>Article 21 bis C</i> <b>Sanctions pour les entreprises pharmaceutiques en cas de non-réalisation des études postérieures à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments</b> .....	65
• <i>Article 21 bis</i> <b>Publicité des associations de patients financées par les entreprises de santé</b> .....	65
• <i>Article 21 ter</i> <b>Assurance des professionnels de santé salariés</b> .....	66
• <i>Article 21 quater</i> <b>Reconnaissance de diplômes et qualifications professionnelles de pays non-membres de la Communauté européenne</b> .....	66
• <i>Article 21 quinquies</i> <b>Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies</b> .....	66
• <i>Article 21 sexies</i> <b>Télé médecine</b> .....	66
• <i>Article 21 octies</i> <b>Non-application de pénalités pour certaines consultations médicales effectuées en dehors du parcours de soins</b> .....	66
• <i>Article 21 nonies</i> <b>Élimination des matériels médicaux usagés perforants</b> .....	67

<b>TITRE III - PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE</b> .....	67
• <i>Article 22 A</i> <b>Définition de la santé</b> .....	67
• <i>Article 22 B</i> <b>Définition de l'éducation à la santé</b> .....	68
• <i>Article 22 C</i> <b>Rôle de la Haute Autorité de santé en matière d'affichage, par les sites informatiques dédiés à la santé, d'hyperliens vers les autres sites français dédiés à la santé et aux médicaments</b> .....	68
• <i>Article 22 D</i> <b>Transmission au Parlement d'un rapport relatif au nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues</b> .....	68
• <i>Article 22 E</i> <b>Signalement des effets indésirables des médicaments par les associations agréées de patients</b> .....	68
• <i>Article 22</i> <b>Education thérapeutique du patient</b> .....	68
• <i>Article 22 bis A</i> <b>Habilitation du Gouvernement à prendre, par ordonnances, des mesures relatives à la lutte contre le dopage</b> .....	69
• <i>Article 22 bis</i> <b>Extension des missions des sages-femmes</b> .....	70
• <i>Article 22 quater A</i> <b>Renouvellement des prescriptions de médicaments contraceptifs par les infirmiers</b> .....	71
• <i>Article 22 quater B</i> <b>Possibilité pour les pharmaciens de dispenser des contraceptifs oraux</b> .....	71
• <i>Article 22 quater</i> <b>Mission de l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé</b> .....	71
• <i>Article 22 sexies</i> <b>Initiation à l'utilisation du défibrillateur lors de la journée d'appel de préparation à la défense nationale</b> .....	71
• <i>Article 22 septies</i> <b>Formation des psychothérapeutes</b> .....	72
• <i>Article 22 octies</i> <b>Clarification de la situation des accueillants familiaux thérapeutiques</b> .....	72
• <i>Article 23</i> <b>Interdiction de vente d'alcool aux mineurs et renforcement du contrôle des interdictions en matière de tabac et d'alcool</b> .....	72
• <i>Article 24</i> <b>Interdiction de vente d'alcool au forfait et dans les stations service, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à distance, contrôle</b> .....	72
• <i>Article 25 bis A</i> <b>Encadrement de l'implantation des commerces de vente au détail de tabac autour des établissements scolaires ou sportifs</b> .....	74
• <i>Article 25 bis B</i> <b>Encadrement de l'implantation des commerces de vente au détail de tabac dans les départements d'outre-mer</b> .....	74
• <i>Article 25 bis C</i> <b>Dispositions relatives aux médicaments vétérinaires</b> .....	74
• <i>Article 25 bis D</i> <b>Compétences et prérogatives de l'agence française de sécurité des aliments en matière de médicaments vétérinaires</b> .....	74
• <i>Article 25 quinquies</i> <b>Renforcement du système de toxicovigilance</b> .....	74
• <i>Article 25 septies</i> <b>Levée sous condition de l'anonymat du dépistage du Sida, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles</b> .....	75
• <i>Article 25 octies A</i> <b>Contrôle de l'agence française de sécurité des aliments sur les compléments alimentaires</b> .....	75
• <i>Article 25 decies</i> <b>Lutte contre les troubles du comportement alimentaire - Lutte contre l'obésité</b> .....	75
• <i>Article 25 undecies</i> <b>Attribution d'un caractère obligatoire aux recommandations relatives à la nutrition en restauration scolaire</b> .....	76
• <i>Article 25 duodecies</i> <b>Intégration d'une activité physique quotidienne dans les programmes d'activités scolaires et périscolaires</b> .....	76
• <i>Article 25 terdecies</i> <b>Indication du contenu calorique des produits alimentaires transformés dans les messages publicitaires</b> .....	76
• <i>Article 25 quaterdecies</i> <b>Remise d'un rapport au Parlement sur l'impact des chaînes de télévision sur les enfants</b> .....	76

• Article 25 sexdecies Affichage d'incitation à l'utilisation des escaliers .....	77
• Article 25 septdecies Niveau sonore des écrans publicitaires .....	77
• Article 25 octodecies Habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnance, à la fusion de l'agence française de sécurité des aliments et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail.....	77
<b>TITRE IV - ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....</b>	<b>78</b>
<b>CHAPITRE I<sup>ER</sup> - Création des agences régionales de santé .....</b>	<b>78</b>
• Article 26 A Motivation des avis des caisses nationales de sécurité sociale .....	78
• Article 26 B Contrat d'objectifs portant sur la gestion pluriannuelle du risque.....	78
• Article 26 Agences régionales de santé.....	78
• Article 26 bis A Passation par les organismes nationaux de sécurité sociale de marchés ou d'accords-cadres pour le compte des agences régionales de santé.....	85
• Article 26 bis Suppression des communautés d'établissements de santé.....	85
• Article 26 quater Rapport au Parlement sur l'opportunité de créer un sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie relatif aux inégalités territoriales de santé.....	85
<b>CHAPITRE II - Représentation des professions de santé libérales.....</b>	<b>86</b>
• Article 27 Représentation des professionnels de santé exerçant à titre libéral .....	86
<b>CHAPITRE III - Etablissements et services médico-sociaux.....</b>	<b>90</b>
• Article 28 Etablissements et services médico-sociaux.....	90
• Article 28 bis A Accès des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie aux marchés publics de conception réalisation .....	91
• Article 28 bis Personnels recrutés par le groupement d'intérêt public « agence des systèmes d'information de santé partagés ».....	91
• Article 28 ter Mission de l'agence des systèmes d'information de santé partagés .....	92
<b>CHAPITRE IV - Dispositions de coordination et dispositions transitoires.....</b>	<b>92</b>
• Article 29 Mesures de coordination rendues nécessaires par la création des agences régionales de santé.....	92
• Article 30 Transfert aux agences de santé des biens, droits et obligations des organismes auxquels elles se substituent.....	92
• Article 31 Préfiguration en 2009 des agences régionales de santé .....	92
• Article 32 Entrée en vigueur des dispositions relatives aux agences régionales de santé, à la représentation des professionnels de santé libéraux, à la planification et à l'autorisation des établissements et services médico-sociaux.....	93
• Article 32 bis Carte de professionnel de santé .....	93
• Article 33 Habilitation à légiférer par ordonnances pour coordonner les codes avec la loi, organiser les centres de lutte contre le cancer et adapter la loi outre-mer .....	93
• Article 34 Adaptation du statut des thermes nationaux d'Aix-les-Bains.....	94
• Article 35 Maintien du régime de protection sociale agricole pour les agents de la mutualité sociale agricole recrutés par les agences régionales de santé .....	94
<b>TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE.....</b>	<b>95</b>
<b>TABLEAU COMPARATIF .....</b>	<b>267</b>



## TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires s'est réunie au Sénat le mardi 16 juin 2009.

La commission a d'abord procédé à la désignation de son bureau qui a été ainsi constitué :

- M. Nicolas About, sénateur, président ;
- M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président ;
- M. Alain Milon, sénateur, rapporteur pour le Sénat ;
- M. Jean-Marie Rolland, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

\*

\*            \*

La commission mixte paritaire a ensuite procédé à l'examen du texte.

En préambule, **le président Nicolas About, sénateur**, a observé que ce texte constitue celui de tous les records, tant en termes de durée des débats, de nombre d'amendements déposés ou de volume d'interventions multiples auprès des parlementaires provenant des différentes parties prenantes du secteur de la santé. C'est d'ailleurs une conséquence logique de l'ampleur des sujets abordés par le texte et de l'impact immédiat qu'il aura sur les Français, qu'il s'agisse de la permanence des soins, de l'exigence de proximité et de qualité de ceux-ci, de la modernisation de l'hôpital ou de l'organisation territoriale du système de santé.

Ce projet de loi a aussi constitué pour la commission des affaires sociales du Sénat son baptême du feu pour l'application de la nouvelle procédure d'adoption des textes.

La commission mixte paritaire a pour tâche d'élaborer un texte commun pour les cent vingt-sept articles qui restent encore en discussion sur les cent quarante-huit - certes d'importance inégale - que compte désormais le texte. Pour mémoire, il en contenait trente-trois dans sa toute première version, ce qui montre combien les deux assemblées ont eu à cœur d'en enrichir le dispositif.

En regrettant la tendance naturelle à alourdir les projets de loi, **M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a appelé à la lisibilité et à la simplification. Il a ensuite souligné les objectifs de ce projet de loi : un meilleur état de santé de la population, une plus grande efficacité du système de soins et une responsabilisation accrue des acteurs.

Constatant que le texte adopté par le Sénat compte plus de deux cents pages, **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a souhaité expliquer l'esprit dans lequel le Sénat a travaillé, sans entrer dans le détail des modifications apportées.

Au titre I<sup>er</sup>, en ce qui concerne les dispositions relatives aux missions de service public des établissements de santé, outre des clarifications rédactionnelles, le Sénat a poursuivi dans la voie ouverte par l'Assemblée nationale pour créer une catégorie d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). Il a précisé que ces établissements pourraient conclure avec des établissements publics de santé ou une communauté hospitalière de territoire des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public.

Sur le thème central de la gouvernance de l'hôpital public, le souci constant a été, conformément aux recommandations du rapport de la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher, de rééquilibrer les compétences entre les instances dirigeantes et entre médecins et directeurs. Sous réserve de quelques concessions au Gouvernement, le Sénat a renforcé les pouvoirs et les compétences du conseil de surveillance et le rôle et la place des élus en son sein.

Pour mieux assurer, tout en évitant les risques de blocage, l'indispensable coopération entre médecins et directeurs, le Sénat a voulu associer le président de la commission médicale d'établissement (CME) à la définition de la politique d'amélioration de la qualité des soins, lui confier l'élaboration du projet médical et la coordination, avec le directeur, de la politique médicale de l'établissement. Il a également impliqué davantage le président de la CME dans le processus de contractualisation interne :

- il se prononcera sur l'organisation de l'établissement en pôles d'activité définie par le directeur ;

- il participera à la nomination des chefs de pôle en présentant une liste de noms au directeur ;

- il émettra un avis sur les contrats de pôle et sur leur cohérence avec le projet médical.

Le Sénat a tenu à rappeler que les pôles peuvent comporter des structures internes et que leur gestion doit s'effectuer dans le respect des missions propres à ces structures.

Il a donné compétence au directoire pour approuver le projet médical d'établissement et a modifié la composition du directoire des CHU, suivant sur ce point la proposition du Gouvernement.

Par ailleurs, il a adopté une nouvelle rédaction des dispositions relatives aux centres de santé et à leurs missions.

En ce qui concerne la coopération entre établissements, il a, revenant à l'esprit du rapport Larcher, renforcé la souplesse contractuelle et le caractère volontaire du partenariat dans le cadre des communautés hospitalières de territoire (CHT). Elles doivent émaner des partenaires territoriaux et non être imposées, sauf dans des cas exceptionnels.

Afin de laisser au Gouvernement le soin de réviser - et surtout de préciser - les conditions juridiques de la transformation en établissements de santé des groupements de coopération sanitaire (GCS), la commission des affaires sociales s'était initialement contentée de clarifier le statut des GCS « de moyens ». **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a regretté que les dispositions relatives aux GCS « établissements », finalement adoptées par le Sénat à l'initiative du Gouvernement, ne soient guère plus solides que celles précédemment supprimées par la commission.

Pour le titre II du projet de loi, relatif à l'accès de tous à des soins de qualité, le Sénat a d'abord été animé par un souci de pragmatisme.

Il a approuvé le dispositif de l'Assemblée nationale sur la médecine de premier recours et la permanence des soins.

Il a souhaité que puisse progresser la délégation de tâches en matière de santé des femmes, ce qui passe par un renforcement du statut des sages-femmes et l'intégration de leur formation à l'université. Il a également mis en place un dispositif de validation des acquis de l'expérience pour l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisée qui pourra répondre au souhait des praticiens de faire évoluer leur pratique.

Le titre II rénove aussi les ordres médicaux et paramédicaux, dispositions pour la plupart consensuelles. Toutefois, en prenant en compte les souhaits des professionnels concernés, le Sénat a préféré supprimer le seuil démographique imposé pour la création de conseils départementaux des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Sur la question sensible des discriminations qui sont parfois une réalité pour l'accès aux soins de certains bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), de la CMU-c et de l'aide médicale d'Etat, la sanction de ces comportements contraires à la déontologie professionnelle doit être renforcée et c'est pourquoi le Sénat a clarifié la procédure et supprimé la conciliation dans les cas de récidive.

Par ailleurs, dans un souci de transparence, il a rendu obligatoire l'information du patient sur le coût d'achat et le lieu de fabrication de la prothèse qui lui est implantée et a prévu que le médecin en charge d'une personne hospitalisée devra s'enquérir auprès d'elle des noms des professionnels de santé à qui transmettre les informations utiles à la continuité des soins à l'issue de son hospitalisation.

Sur le titre III consacré à la prévention et à la santé publique, le Sénat a concentré son attention sur les parties les plus novatrices du texte et celles touchant à l'organisation du système de santé. Ce texte, en dépit de son champ d'action très large, ne peut tenir lieu de loi de santé publique ou de loi de santé mentale : il est donc souhaitable de renvoyer plusieurs sujets à ces débats à venir, hormis certaines dispositions relatives à la mise en œuvre du plan cancer ou de nature sociale, comme la possibilité d'acheter des fruits et légumes avec les tickets restaurant, adoptée sans modification.

Sur le volet alcool, **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé sa position constante qui était de maintenir l'équilibre trouvé à l'Assemblée nationale.

En ce qui concerne la question, particulièrement importante, de l'éducation thérapeutique du patient, c'est-à-dire la possibilité pour les personnes atteintes de pathologies longues ou chroniques de prendre en charge certains aspects de leur traitement, le problème est celui des modalités de financement. Il a paru irréaliste de passer directement à un système de financement public, même si la perspective ouverte par le rapport demandé par l'Assemblée nationale sur la possible mise en place d'un fonds national de financement doit être suivie avec attention. Le Sénat a souhaité garantir la séparation entre les entreprises et les patients, tout en tenant compte des demandes des acteurs de l'éducation thérapeutique, au premier rang desquels les associations. Il a donc proposé de soumettre à une triple condition la possibilité, pour une entreprise, d'élaborer un programme : la participation des associations de patients et des professionnels de santé, l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS) et l'évaluation de la Haute Autorité de santé (HAS). Par ailleurs, il a inclus l'observance dans la définition de l'éducation thérapeutique, sous l'appellation désormais consensuelle « d'adhésion aux traitements prescrits ».

Au titre IV, en ce qui concerne les dispositions relatives aux ARS, le texte adopté par le Sénat reflète sa préoccupation de faire clairement apparaître que la politique de santé est une politique nationale, dont les ARS permettront l'application déconcentrée et l'adaptation aux spécificités locales.

Il tente également de concilier la latitude donnée aux ARS pour définir les actions régionales en matière de gestion du risque et le soutien à la politique qui s'est mise en place au niveau national et qui commence à porter ses fruits : à cette fin, avec l'accord du Gouvernement, la conclusion entre l'Etat et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) de contrats d'objectifs définissant les objectifs pluriannuels communs des programmes nationaux de gestion du risque a été prévue.

Sur l'article 27 relatif à la représentation des professionnels de santé libéraux, le Sénat a prévu de regrouper les électeurs des unions régionales de médecins en collèges. Ces derniers seront déterminés par un décret en Conseil d'Etat, après avis de la HAS, sur le fondement de plusieurs critères. Cette mesure, qui s'inspire des préconisations formulées par l'inspection générale des affaires sociales (Igas), doit contribuer à une meilleure représentation des différentes spécialités médicales.

Enfin, sur le volet médico-social, le texte a continué à être enrichi par le Sénat :

- obligation pour les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) conclus par les établissements médico-sociaux de comporter des objectifs de qualité de prise en charge ;

- garantie, dans le cahier des charges de l'appel à projet, de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes dépendantes ;

- création du statut d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif (Espic) ;

- incitation à l'organisation d'un service minimum en cas de grève dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées et obligation de préavis dans cette hypothèse ;

- possibilité, pour toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante au sein des établissements médico-sociaux, d'aider à la prise des médicaments.

A son tour, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a précisé les quatre grands axes du projet de loi ambitieux adopté voici quelques mois par l'Assemblée nationale : modernisation des établissements de santé, accès de tous à une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire, prévention placée au cœur de la santé publique et refonte globale du pilotage territorial du système de santé.

Sur chacun de ces points, la durée exceptionnelle des travaux, tant en commission qu'en séance publique, et l'ampleur des modifications apportées au texte par chacune des assemblées, démontrent, si besoin est, l'implication forte des députés et des sénateurs pour apporter aux Français, d'ailleurs en transcendant souvent les clivages politiques habituels, une réponse à la hauteur des enjeux afin de réduire les inégalités, de garantir la qualité des soins, bref de construire un système moderne et efficient de santé.

Alors que le projet de loi initial ne comportait que trente-trois articles, l'Assemblée nationale, par l'adoption de 523 amendements, a plus que triplé le nombre des articles du projet en le portant à cent un.

Il a alors salué tout particulièrement le travail du Sénat qui a su, dès le stade de l'examen en commission, et profitant de la nouveauté constitutionnelle selon laquelle c'est désormais le texte de la commission qui sert de base à l'examen en séance publique, y apporter les enrichissements nécessaires, en portant en définitive le nombre des articles du projet de loi à cent quarante-huit.

Si des commentateurs extérieurs ont, d'une façon hâtive et pas toujours bienveillante, parlé d'une dénaturation du texte initial, notamment en matière de gouvernance des établissements de santé, il faut au contraire constater que, sur les principaux équilibres, le texte auquel est parvenu le Sénat, au terme d'échanges constructifs, n'est en aucune façon inconciliable avec la philosophie initiale du projet et qu'il y a donc tout lieu d'espérer que la commission mixte paritaire arrive aujourd'hui à trouver un accord sur un texte consensuel.

Le Sénat a par exemple pris la mesure des inquiétudes qui se sont exprimées parfois tardivement au sein de la communauté médicale pour rééquilibrer la gouvernance des établissements de santé en sa faveur. Il a pu aussi intégrer utilement des dispositions importantes reprenant les conclusions du rapport de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires (CHU) présidée par le professeur Marescaux, dont l'Assemblée nationale ne disposait pas encore lors de l'examen du texte.

Le faible nombre des articles adoptés conformes par le Sénat, vingt et un au total, ne doit donc pas effrayer outre mesure.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a alors évoqué les principaux points de divergence entre les deux assemblées.

Sur le titre I, la clause de non-concurrence adoptée à l'article 3 *bis* semble un bien mauvais signal, au moment même où la loi ambitionne de renforcer l'attractivité de l'hôpital public ; la restriction, à l'article 5, du choix du président du conseil de surveillance au sein du seul collège des représentants de collectivités locales aboutit à le priver de porter à sa tête tel ancien médecin prestigieux ou telle personnalité de qualité qui pourrait apporter beaucoup à la gestion de l'hôpital ; les modalités de participation du directeur aux séances du conseil de surveillance paraissent trop restrictives ; l'élaboration du projet médical et la coordination de la politique médicale semblent devoir appeler une plus grande implication du directeur, tandis que la certification des comptes des établissements publics de santé pourrait utilement être partagée entre les commissaires aux comptes et la Cour des comptes.

Sur le titre II, il appartient à la commission mixte paritaire de trouver un juste équilibre entre avantages offerts et engagements imposés aux étudiants qui bénéficieront de bourses d'études moyennant un engagement d'exercice dans ce qu'il est - hélas - convenu d'appeler des « déserts médicaux ». De la même façon, une réponse équilibrée doit être trouvée aux attentes des patients en matière de transparence sur le prix et sur la provenance des prothèses, comme aux craintes de certains praticiens en matière de responsabilité civile.

Sur le titre III consacré à la santé publique, le Sénat n'a pas profondément modifié le texte adopté par l'Assemblée nationale à une exception près : il a supprimé la quasi-totalité des dispositions relatives à la lutte contre l'obésité. Il serait souhaitable qu'une partie d'entre elles soit rétablie.

En ce qui concerne le volet relatif à la lutte contre l'alcoolisme, le Sénat a très peu modifié le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : outre l'adoption conforme de l'article réglementant la publicité sur internet, il n'a quasiment pas touché à l'article 23 relatif à l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs. Sur l'article 24, il n'a pas bouleversé l'équilibre trouvé concernant la vente au forfait, mais il a apporté quelques modifications au dispositif sur la vente dans les stations-service sur lesquelles il conviendrait de revenir.

Sur le titre IV, enfin, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a regretté que certaines dispositions adoptées sur la proposition du président Méhaignerie ou à son initiative ne se retrouvaient plus dans le texte du Sénat. Il s'agit notamment des dispositions qui établissaient la compétence de l'ARS en matière de démographie médicale et qui demandaient une réflexion approfondie sur les moyens d'une véritable politique de réduction des inégalités de santé : voilà au moins deux sujets sur lesquels les Français attendent une action déterminée des pouvoirs publics. Il s'agit également de la disposition qui permettait, à titre expérimental, de confier la présidence du conseil de surveillance de l'ARS à une personnalité qualifiée : dans une réforme qui fait une large place à l'Etat - au point que certains y voient une « étatisation » du système de santé -, une telle mesure serait bienvenue.

Sur l'article 28, le Sénat n'a pas modifié l'équilibre général de l'article, en particulier l'articulation des schémas d'organisation sociale et médico-sociale ou la procédure d'appel à projets. Il a en revanche ajouté un certain nombre de dispositions, avec l'accord du Gouvernement, hormis celle concernant l'instauration d'un service minimum dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Constitue un autre point difficile la création d'un statut spécifique pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif, réservé aux établissements à but non lucratif.

Sur chacun de ces sujets, un accord devrait pouvoir être trouvé.

**M. Guy Fischer, sénateur**, a rappelé les nombreuses raisons qui ont amené le groupe CRC-SPG à voter contre ce projet de loi. En ce qui concerne en particulier l'article 22 *bis* A relatif à la lutte contre le dopage, il a fait part de son souhait de modifier le vote favorable émis par son groupe en séance publique en un vote contre : cet article habilite en effet le Gouvernement à agir par voie d'ordonnances, ce qui dessaisit le Parlement de son pouvoir légitime ; sur le fond, il ne résout pas les questions de gouvernance et de répartition des compétences entre l'Etat, l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) et les fédérations sportives.

**Mme Marisol Touraine, députée**, a exprimé la colère, mais aussi la combativité, que lui inspire la procédure d'examen du projet de loi car on a le sentiment que la commission mixte paritaire vient se substituer à un nouveau débat qui aurait légitimement dû avoir lieu tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat. Elle a dénoncé le recours systématique par le Gouvernement à la procédure d'urgence et l'intégration par lui, lors des travaux au Sénat, de changements significatifs par rapport au texte adopté à l'Assemblée nationale, notamment pour insérer des dispositions relatives aux CHU à la suite du rapport Marescaux. Dans ces conditions, la commission mixte paritaire ne pourra être qu'une mascarade et le groupe socialiste est prêt à redéposer l'ensemble des amendements qu'il avait proposés en première lecture, si les conditions du débat l'y entraînent.

Sur le fond, elle a regretté la difficulté à comprendre l'orientation générale du texte car ce qui était le point clé du projet du Gouvernement, à savoir la proclamation du rôle prééminent du pouvoir administratif à l'hôpital, n'est que partiellement atteint. En revanche, la remise en cause des missions de service public est réelle et, au final, le Gouvernement aura réussi à faire adopter un texte que personne ne soutient, ni les médecins hospitaliers, ni les directeurs, ni les personnels de l'assurance maladie, ni les personnels de l'Etat, ni les médecins libéraux, ni les patients.

Les positions du groupe socialiste s'organisent autour de quatre points principaux :

- le service public hospitalier, que la ministre de la santé, dans son art cultivé du paradoxe, prétend renforcer et qui est en fait menacé. Alors que le texte prévoit que les établissements privés pourront picorer des missions de service public « à la carte », il est au contraire nécessaire d'adopter un socle non négociable pour réaffirmer que le service public ne se découpe pas.

Si le Sénat a amélioré le texte sur les questions de gouvernance, le résultat est encore insuffisant, dans la mesure où le dernier mot revient toujours au directeur, y compris pour le projet médical et la nomination des chefs de pôle. La disparition des conseils de pôle, où peut aujourd'hui s'exprimer la communauté soignante, est de ce point de vue regrettable. Toute tentative de revenir sur ces questions au texte de l'Assemblée nationale serait en tout état de cause inacceptable. Enfin, l'insertion par le Sénat d'une clause

de non-concurrence pour les praticiens hospitaliers constitue une avancée importante ;

- l'égalité d'accès aux soins, qui regroupe la lutte effective contre les dépassements d'honoraires et contre les refus de soins, ainsi que la garantie d'une offre de soins équitablement répartie sur le territoire. Sur ces points, le texte, déjà insuffisant à l'origine, a été progressivement vidé de sa portée. Il est scandaleux que la loi, qui traduit l'intérêt général, se défasse sur des conventions professionnelles, naturellement représentatives d'intérêts particuliers, en ce qui concerne la lutte contre les dépassements d'honoraires. Il est regrettable que le Sénat n'ait pas accepté le renversement de la charge de la preuve et ait supprimé la possibilité de sanctionner les médecins sur le fondement d'un testing. En ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins sur le territoire, la reconnaissance de la médecine de premier recours est certes positive mais elle ne permet pas de lutter contre les déserts médicaux car on ne lui a pas donné de véritable contenu. A cet égard, l'adoption d'un « contrat santé solidarité » se révèle une hypocrisie supplémentaire, en raison des délais d'application et de la faiblesse des pénalités ; il est nécessaire d'adopter des mesures plus contraignantes pour être efficace dans ce domaine ;

- la place de la santé publique. Le groupe socialiste s'interroge sur l'intérêt que présente le fait de participer à la discussion du titre III du projet de loi, censé être relatif à la prévention et à la santé publique, car la mascarade tourne ici à la désinvolture et au mépris. Aucune tentative d'amélioration ne semble envisageable, car le texte ressort particulièrement vide de contenu après son examen au Sénat : rien sur l'obésité, la toxicomanie ou la prévention des pathologies pour les jeunes ou du suicide ;

- l'organisation territoriale du système de santé. Le principe de la création des agences régionales de santé est bon mais le texte est très décevant car il va à l'encontre des objectifs de simplification et d'efficacité pourtant affichés. Le rôle accordé au préfet de région au sein des agences régionales de santé (ARS) et l'absence de représentant du conseil régional à leur conseil de surveillance sont regrettables ; le renforcement de l'étatisation n'est pas un gage de proximité. Enfin, il est douteux que le texte clarifie les compétences en matière de gestion du risque entre les ARS et les organismes de sécurité sociale.

A son tour, **M. Jean-Marie Le Guen, député**, a critiqué la manière avec laquelle le projet de loi, qui engage pourtant l'ensemble du système de santé français, est examiné par le Parlement. Il a dénoncé l'influence du Gouvernement sur les travaux des assemblées et une réforme à la « va-vite » sur des questions aussi fondamentales, dont l'exemple de l'organisation des CHU constitue une bonne illustration : l'introduction d'amendements au Sénat est un manque de considération, à la fois pour ces institutions fondamentales de la République et pour l'Assemblée nationale. En ce qui concerne la gouvernance, il a rappelé la crise forte que traversent les hôpitaux depuis la publication du projet de loi et il a mis en garde contre le traumatisme que ce débat précipité a pu y causer.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a fait remarquer que la collaboration du Gouvernement avec le Parlement est une caractéristique du régime parlementaire et qu'il avait souvenir des conditions du débat sur la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé où il n'était pas rare que la majorité de l'époque interrompe les travaux pour recueillir l'avis du Gouvernement.

Au nom des sénateurs socialistes, verts et apparentés, **M. Bernard Cazeau, sénateur**, a rappelé que son groupe a plusieurs fois demandé au Gouvernement qu'il lève la procédure accélérée et, évoquant les échéances électorales de 2012, il a regretté la volonté d'adopter un tel projet aussi rapidement. Militant pour des solutions plus adaptées à la situation actuelle, il a jugé nécessaire d'élargir et d'approfondir le débat. Sur les CHU, par exemple, il faut rappeler que la commission des affaires sociales du Sénat n'a eu connaissance du rapport Marescaux que très tardivement durant ses débats.

**M. Jean-Luc Prével, député**, a tout d'abord fait valoir que ce texte, très important et très attendu puisqu'il traite de l'égal accès de tous à des soins de qualité, ne règle pas tous les problèmes et nécessitera de revenir sur un certain nombre de questions dans les prochains mois. Profondément favorable à la décentralisation, il a regretté que le Sénat ait accentué le caractère jacobin de l'organisation du système de santé et il s'est déclaré, à l'inverse, favorable à la responsabilisation des acteurs locaux.

L'objectif principal poursuivi par la création des ARS, c'est-à-dire décloisonner les différents aspects de la prise en charge des patients : prévention, soins, ville, hôpital, sanitaire et médico-social est excellent mais le texte ne règle pas le problème de la gouvernance nationale du système de santé. Le Sénat a d'ailleurs aggravé le problème des relations entre la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et les ARS, ce qui pourrait rendre le système ingouvernable ; il s'est déclaré favorable au transfert complet aux ARS du contrôle médical, y compris du système informatique. Le maintien de sous-objectifs dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) restreindra la marge de manœuvre des agences, qui ne pourront pas arbitrer entre les différents secteurs, ce qui milite en faveur de la création d'objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie (Ordam). Le risque est réel de voir naître des conflits entre les deux hauts fonctionnaires que sont le préfet de région, président du conseil de surveillance de l'ARS, et le directeur général. Enfin, le texte ne renforce pas les responsabilités de la conférence régionale de santé.

Sur l'hôpital, le Sénat a amélioré le texte, par exemple en ce qui concerne le projet médical ; de toute façon, le véritable responsable de l'hôpital sera le directeur général de l'ARS puisqu'en plus de nommer le directeur, il fixera la part variable de sa rémunération.

Enfin, il faut garder en tête l'impérieuse nécessité d'un égal accès de tous à des soins de qualité et à des tarifs opposables. C'est d'ailleurs ce que le Président de la République a réaffirmé le 4 juin 2009 au 39<sup>ème</sup> congrès de la

mutualité française. A cet égard, il est regrettable que les négociations sur le secteur optionnel durent depuis trop longtemps.

**M. François Autain, sénateur**, a estimé inutile de recommencer l'ensemble du débat qui a longuement eu lieu, tant en commission qu'en séance publique. C'est pourquoi le groupe CRC-SPG ne présentera que huit amendements en commission mixte paritaire. Il a cependant rappelé les motifs pour lesquels son groupe s'est résolument opposé à l'adoption de ce texte qui entraîne la disparition du service public hospitalier et qui prépare sa cession au secteur commercial. Pour lui, le Gouvernement veut uniquement réduire les dépenses au détriment de la santé des Français. En ce qui concerne l'égal accès de tous à des soins de qualité, il a regretté que le projet de loi soit passé de « presque vide » à « vide » après son examen par le Parlement. Sur l'éducation thérapeutique, son indépendance continue de lui inspirer des doutes car les laboratoires pourront continuer d'en financer indirectement les programmes. Enfin, la création des ARS, monstre bureaucratique, crée plus de problèmes qu'elle n'apporte de solutions, notamment en ce qui concerne la gestion du risque.

En ce qui concerne l'introduction au Sénat d'amendements sur les CHU, en lien avec les conclusions du rapport Marescaux, **M. Jacques Domergue, député**, n'a pas estimé indispensable une lecture supplémentaire du projet de loi à l'Assemblée nationale, en raison du caractère limité des propositions contenues dans le rapport. Il en serait allé autrement si celui-ci avait évoqué les problèmes de la répartition territoriale, de l'organisation en pôles ou services universitaires et non universitaires et du rôle des personnels médicaux.

Au contraire, **M. Jacky Le Menn, sénateur**, a estimé qu'il aurait été nécessaire de lever la procédure d'urgence sur le projet de loi et de procéder à une nouvelle lecture dans chaque assemblée. Par ailleurs, il a rappelé que l'engagement de la ministre à présenter un futur projet de loi sur la santé publique a convaincu son groupe de retirer de nombreux amendements sur ces questions afin de se limiter à l'objectif premier du texte : l'organisation du système de santé. Pour autant, le groupe socialiste se montrera très vigilant sur le respect de l'engagement pris.

En ce qui concerne la gouvernance hospitalière, l'absence d'autonomie du directeur par rapport au directeur général de l'ARS est préoccupante. La commission des affaires sociales du Sénat avait adopté à l'unanimité un compromis qui compensait sur plusieurs aspects les faiblesses de la gouvernance hospitalière, en modifiant notamment la composition et les compétences du conseil de surveillance des établissements. Ces adaptations, dictées par la sagesse, pouvaient permettre au chef d'établissement de conserver une certaine liberté vis-à-vis de l'ARS. Il ne faudrait pas que la commission mixte paritaire remette en cause les équilibres ainsi trouvés.

La commission mixte paritaire est ensuite passée à l'examen des articles restant en discussion.



## EXAMEN DES ARTICLES

### TITRE PREMIER

#### MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

**Présentation au Parlement d'un rapport annuel  
sur la tarification à l'activité**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

### CHAPITRE PREMIER

#### MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

**Missions des établissements de santé et missions de service public**

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a présenté un amendement visant à prévenir une interprétation trop restrictive de la notion de domicile.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, s'est déclaré favorable à cet amendement.

**M. Yves Bur, député**, s'est interrogé sur la portée réelle de cette disposition et le danger que l'hospitalisation à domicile devienne une nouvelle forme d'hospitalisation dans les établissements de santé.

**Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur**, a estimé que la précision apportée à la notion de domicile permet d'assurer la complémentarité de l'hospitalisation à domicile et de l'hospitalisation en établissement.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à supprimer l'inclusion de la promotion des génériques dans la politique du médicament des établissements de santé. Cet

ajout paraît inutile ; en outre, l'administration de génériques n'apporte pas nécessairement d'économies à l'hôpital.

**M. Gilbert Barbier, sénateur**, qui avait pris l'initiative de cette précision, est convenu de la disparité du prix des princeps entre l'hôpital et la ville. Toutefois, la prescription de médicaments génériques est une nécessité à la sortie de l'hôpital si l'on souhaite réaliser des économies.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a évoqué le problème des prescriptions rédigées à l'hôpital qui ne prennent pas toujours suffisamment en compte les génériques. Cela étant, il est vrai que les hôpitaux acquièrent des princeps à des coûts intéressants auprès des laboratoires.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a fait observer que la politique du médicament inclut bien évidemment la politique des génériques.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, s'est déclaré favorable au développement des génériques et donc au maintien de la précision du Sénat.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* cet amendement.

**Mme Marisol Touraine, députée**, a présenté un amendement visant à rétablir, parmi les missions des établissements de santé, la mention de la prise en compte des aspects psychologiques des patients.

**Le président Nicolas About, sénateur**, et **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, ont considéré que cette précision ne relève pas des missions des établissements de santé mais de celles des médecins et qu'elle est par ailleurs inutile car évidente.

**M. Gilbert Barbier, sénateur**, a estimé superfétatoire une telle disposition malgré la pression très forte exercée par les psychologues des établissements de santé pour qu'un tel ajout soit effectué.

A l'inverse, **Mmes Catherine Génisson et Catherine Lemorton, députées**, ont considéré indispensable que les aspects psychologiques, et également sociaux, des patients soient pris en compte par les établissements de santé.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* cet amendement.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a présenté un amendement tendant à prévoir un bloc de cinq missions que les établissements de santé qui s'engagent à assurer complètement ou à participer à des missions de service public devront assurer en totalité.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a présenté un amendement très proche qui définit un socle de missions de service public comportant quatre aspects. Il ne faut pas que le service public se voit contraint d'assurer seul les missions les moins lucratives ; il est fondamental de ne pas favoriser la « vente à la découpe » du service public.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a rappelé qu'un long débat a eu lieu sur ce sujet à l'Assemblée nationale. Il a maintenu son avis défavorable sur la création d'un bloc de missions de service public.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a exprimé le même avis et fait valoir que certains hôpitaux publics ne seront pas en mesure d'assurer la totalité des missions mentionnées par les amendements.

**Mme Catherine Génisson, députée**, est convenue que, dans un cas pareil, les établissements privés pourraient assurer la mission concernée. Toutefois, les établissements publics qui sont en mesure d'assurer les missions de service public jugées indispensables par les auteurs des amendements devront les mettre en place.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a insisté sur la prise en charge des soins palliatifs que prévoit l'amendement de Jacky Le Menn. Cette précision est essentielle : sans elle, tous les textes de loi relatifs à la fin de vie seraient vidés de leur sens.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que le Sénat a déjà inscrit la prise en charge des soins palliatifs dans les missions de service public.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* les deux amendements.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a présenté un amendement tendant à introduire la prévention dans le domaine de la santé environnementale dans les missions de service public.

Suivant l'avis défavorable des deux rapporteurs, la commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à ajouter les pôles de santé aux acteurs et professionnels de santé susceptibles d'assurer une mission de service public.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré favorable à cet amendement et la commission mixte paritaire l'a *adopté*.

Puis la commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

Afin d'empêcher une éventuelle limitation des marges de manœuvre de l'ARS dans l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et permettre l'élargissement de l'attribution des missions de service public, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à clarifier les modalités de dévolution des missions de service public en supprimant le caractère obligatoire de la reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des missions déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'en est remis à la sagesse de la commission mixte paritaire, estimant que le risque évoqué n'est pas avéré et que la reconnaissance prioritaire mentionnée par le texte du projet de loi ne peut pas être automatique.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

Puis la commission mixte paritaire a *adopté* trois amendements rédactionnels, le premier présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, les deux autres par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**.

**M. François Autain, sénateur**, a présenté un amendement ayant pour objet de réintroduire une disposition, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale, visant à garantir, dans les régions où il n'existe pas de médecin pratiquant des tarifs opposables, qu'on puisse imposer aux médecins d'assurer une partie de leurs actes sans dépassement d'honoraires.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a souligné les difficultés d'application du texte proposé par l'amendement et émis un avis défavorable.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a déclaré comprendre les motivations des auteurs de l'amendement mais il a jugé le texte proposé globalement inapplicable sur le terrain.

**M. François Autain, sénateur**, a souhaité obtenir des précisions supplémentaires pour expliquer le changement de position de l'Assemblée nationale sur ce sujet.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a confirmé son avis défavorable et proposé de s'en remettre à la sagesse des sénateurs sur ce sujet.

La commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement puis *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à conserver la définition des centres de lutte contre le cancer à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique.

**Le président Nicolas About, sénateur**, s'est interrogé sur l'ambiguïté de cette rédaction : faut-il en conclure que les centres de lutte contre le cancer doivent s'y consacrer exclusivement ?

**M. Gilbert Barbier, sénateur**, a fait observer que les centres de lutte contre le cancer traitent fréquemment d'autres pathologies.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a précisé que les centres de lutte contre le cancer ne peuvent traiter que les pathologies associées au cancer.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, a estimé préférable de ne pas rendre le texte trop restrictif.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis favorable à cet amendement et la commission mixte paritaire l'a *adopté*.

La commission mixte paritaire a ensuite *adopté* neuf amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 1<sup>er</sup> ainsi rédigé.

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

**Reconnaissance de l'hospitalisation à domicile**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

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

**Approvisionnement en médicaments des établissements de santé délivrant des soins à domicile**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

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

**Utilisation de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 1<sup>er</sup> *ter* ainsi rédigé.

*Article 2*

**Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé**

**Mme Catherine Génisson, députée**, a présenté un amendement visant à préciser que la commission médicale d'établissement (CME) « élabore » et non « contribue à l'élaboration de » la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de l'accueil et de la prise en charge des usagers.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a fait observer que la CME n'est pas la seule à définir les politiques de l'hôpital dans ce domaine.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a souligné que de telles compétences relèvent avant tout de la communauté soignante.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a indiqué que, déjà dans les faits, la CME contribue à l'élaboration de cette politique sans pour autant la définir entièrement. Il s'est donc déclaré défavorable à l'amendement ainsi que **MM. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et **Jacques Domergue, député**.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement.

Puis elle a *adopté* deux amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à mieux associer, dans les établissements de santé privés, la conférence médicale à la définition de la politique médicale de l'établissement.

Tout en estimant cette précision un peu redondante avec la rédaction du Sénat, **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré favorable à l'amendement et la commission mixte paritaire l'a *adopté*.

Puis la commission mixte paritaire a *adopté* trois amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à supprimer la participation de la conférence médicale d'établissement à l'élaboration de tous les contrats qui ont une incidence sur la pratique médicale de l'établissement, estimant que cette disposition risque de porter atteinte à la libre organisation interne des établissements de santé privés et de porter préjudice au secret en matière de droit des contrats.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'en est remis sur cet amendement à la sagesse de la commission mixte paritaire tout en se félicitant que soit conservée la disposition faisant obligation de joindre l'avis de la conférence médicale d'établissement à certaines demandes d'autorisation ou d'agrément.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a jugé utile la consultation prévue de la conférence médicale d'établissement.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, s'est étonné que l'on ne donne pas les mêmes pouvoirs à la conférence médicale d'établissement qu'à un comité d'entreprise.

Puis la commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement ainsi qu'un amendement rédactionnel présenté par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et deux amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'article 2 ainsi rédigé.

*Article 3*

**Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement présenté par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, afin de rectifier une erreur matérielle.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à supprimer la procédure de renouvellement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) maintenue par le Sénat.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré défavorable à cet amendement et la commission mixte paritaire l'a *rejeté*.

Puis la commission mixte paritaire a *adopté* deux amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et l'article 3 ainsi rédigé.

*Article 3 bis*

**Dispositif de non-concurrence au profit du secteur public hospitalier**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement de suppression de cet article rappelant que le dispositif visé a été adopté par le Sénat en séance publique contre l'avis du Gouvernement, de la commission et de son président.

Plusieurs critiques peuvent en effet être formulées à l'encontre de cette clause de non-concurrence :

- instaurer une clause de non-concurrence de deux ans pour les praticiens hospitaliers dissuadera les chefs de cliniques et les internes de devenir praticien hospitalier et les incitera donc à partir directement dans le secteur privé ;

- une telle disposition porte atteinte aux principes constitutionnels de la liberté d'entreprendre et de la liberté du travail ;

- selon la jurisprudence, une telle clause doit être assortie de contreparties financières, ce qui mettra en danger l'équilibre financier de certains établissements de santé ;

- une telle clause relève du droit privé et du droit commercial alors que l'hôpital n'est pas une entreprise ;

- cette disposition est déjà satisfaite puisque le projet de loi étend la compétence de la commission de déontologie des fonctionnaires aux praticiens hospitaliers quittant le service public hospitalier ;

- cette clause constitue un facteur de moindre attractivité pour l'hôpital public et un signal très défavorable adressé aux praticiens alors que l'ambition du projet de loi est, à l'inverse, de renforcer l'attractivité des carrières à l'hôpital public.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, s'est déclaré très favorable à la clause de non-concurrence et à cet article qui constitue un apport essentiel du Sénat au projet de loi. La durée de deux ans prévue pour l'application de cette clause pourrait même être accrue.

**Mme Marisol Touraine, députée**, a émis un avis défavorable sur l'amendement de suppression et s'est étonnée des arguments avancés pour remettre en cause cette clause de non-concurrence. Il est paradoxal qu'au nom de la spécificité du secteur public, on refuse de lui appliquer des clauses valables dans le secteur privé notamment à l'égard des médecins libéraux ou des pharmaciens. Alors qu'un tel dispositif constitue un moyen concret de défendre le secteur public, on donne aux établissements privés tous les moyens pour affaiblir les établissements publics.

**M. Jean-Luc Prétel, député**, a rappelé avoir déposé un amendement à l'Assemblée nationale sur le même sujet. Une telle clause existant dans le secteur privé, il serait légitime qu'elle intervienne également dans le secteur public. La rédaction du Sénat apparaît très raisonnable car elle vise bien les praticiens hospitaliers à titre permanent et non, par exemple, les chefs de cliniques assistants.

**Mme Catherine Lemorton, députée**, a fait valoir que l'article premier, qui autorise la formation des internes par le secteur privé, provoque déjà un fort appel d'air vers le secteur privé. Refuser la clause de non-concurrence proposée par cet article renforcera ce mouvement de fuite du public vers le privé.

**M. Jacques Domergue, député**, a rappelé que la vocation de l'hôpital est notamment la formation des professionnels de santé. Dans certaines disciplines, les postes de chefs de cliniques assistants ne sont pas suffisants. Les internes suivent fréquemment des spécialités supplémentaires avant de devenir praticiens hospitaliers. On compte au moins cinq ans pour que les praticiens hospitaliers puissent se former une clientèle. Le problème principal tient aux modalités d'application d'une telle disposition.

**M. Gilbert Barbier, sénateur**, a considéré que la clause de non-concurrence est une mesure contradictoire avec le maintien de praticiens hospitaliers de qualité. Elle constitue un repoussoir pour leur carrière alors que les praticiens hospitaliers sont déjà soumis à un certain nombre de contraintes, comme la validation, devant une commission, de leur situation pour obtenir le statut de praticien hospitalier. Par ailleurs, il paraît difficile d'interpréter la

notion de concurrence directe. S'appréciera-t-elle en fonction de périmètres ou de distance ? Au total, cette mesure est catastrophique pour la carrière hospitalière.

**M. Jean-Marie Le Guen, député,** a rappelé que la clause de non-concurrence est une revendication essentielle de la fédération hospitalière de France (FHF).

**M. Jacky Le Menn, sénateur,** a considéré que la mesure proposée répond à un problème réel, que l'on ne peut évacuer, par exemple dans les secteurs de la chirurgie ou de la radiologie. Le décret en circonscrit, bien entendu, l'application.

**Mme Catherine Génisson, députée,** s'est déclarée hostile à l'amendement. La chirurgie est la spécialité la plus concernée par le problème soulevé puisque, comme l'a indiqué le rapport Larcher, 60 % à 80 % de la chirurgie s'exercent désormais dans le secteur privé. Il faut donc rétablir un équilibre entre le public et le privé et, à cet égard, la rédaction du Sénat est une mesure d'une grande sagesse.

**M. Jean-Pierre Door, député,** s'est déclaré favorable à la suppression de cet article en raison de son caractère inapplicable. En effet, la jurisprudence considère, d'une part, que toute entrave au droit du travail est interdite, d'autre part, qu'une telle clause de non-concurrence exige des compensations financières. Néanmoins, sur le fond, on ne peut être que sensible au souci de vouloir protéger le secteur public hospitalier.

**M. Jean Leonetti, député,** a estimé évident que, dans certaines situations, notamment dans les secteurs de la gynécologie-obstétrique et de la chirurgie, on assiste au départ de praticiens, avec leur clientèle, de l'hôpital public vers le secteur privé. En revanche, il est important aussi de ne pas décourager le souhait des jeunes chefs de cliniques de devenir praticiens hospitaliers. On peut donc s'interroger sur l'impact réel que peut avoir une clause de non-concurrence comme celle qu'a votée le Sénat. Afin de tenir compte du fait qu'une durée de cinq ans est nécessaire pour se constituer une clientèle, il pourrait être judicieux de modifier le texte de l'article 3 *bis* pour limiter l'application de cette clause aux praticiens hospitaliers ayant exercé au moins cinq ans dans le secteur public et a présenté un amendement en ce sens.

**M. Jean-Marie Le Guen, député,** a considéré qu'en ajoutant cinq ans à la date d'obtention du statut de praticien hospitalier, on rend quasi inapplicable la clause prévue par l'article.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat,** a rappelé que cette mesure a été adoptée au Sénat contre l'avis du Gouvernement, du président et du rapporteur de la commission.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président,** a indiqué qu'au premier abord, une telle clause paraît très pertinente pour éviter les excès auxquels on a pu assister. Toutefois, les bonnes intentions peuvent parfois se

retourner contre l'objectif recherché et donc contre la protection de l'hôpital public.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a insisté sur la nécessité de ne pas vider l'hôpital public de sa substance car il doit continuer à attirer les meilleurs praticiens. En outre, l'adoption de cette clause représenterait un coût financier non négligeable, du fait de l'obligation d'attribuer des contreparties financières. En conséquence, il a demandé à la commission mixte paritaire d'adopter son amendement de suppression.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement de suppression puis *adopté* l'amendement proposé par M. Jean Leonetti, député, et l'article 3 *bis* ainsi rédigé.

## CHAPITRE II

### STATUT ET GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### *Article 4*

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

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 4 ainsi rédigé.

#### *Article 5*

#### **Conseil de surveillance des établissements publics de santé**

La commission mixte paritaire a d'abord *adopté* deux amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

Puis **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à supprimer la précision selon laquelle le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes si les comptes de l'établissement de santé sont soumis à certification. Cette disposition n'est pas satisfaisante puisqu'elle implique de réserver aux seuls commissaires aux comptes la certification des comptes des établissements publics de santé alors qu'il conviendrait de laisser la possibilité à la Cour des comptes de certifier les comptes de certains grands établissements comme l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) ou les CHU.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a suggéré de maintenir la précision adoptée par le Sénat mais de la compléter afin d'indiquer que le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes chargé de certifier les comptes de l'établissement de santé concerné. Il a fait valoir que cette nomination entre dans les compétences du conseil de surveillance puisque celui-ci doit arrêter les comptes de l'établissement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a retiré son amendement et s'est rallié à la proposition de **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, qui a été *adoptée* par la commission mixte paritaire.

**Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur**, a rappelé la spécificité de l'AP-HP.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a indiqué que l'article 9 du projet de loi précise que les établissements de santé, dont les comptes devront être certifiés, seront fixés par décret.

Puis la commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de coordination présenté par **MM. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et **Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et un amendement rédactionnel sur le collège des personnalités qualifiées présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a présenté un amendement tendant à revenir au texte de la commission des affaires sociales du Sénat sur les pouvoirs du conseil de surveillance, afin de prévoir qu'il donne un avis sur le budget prévisionnel et le programme d'investissement de l'établissement de santé.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a rappelé que cette question a fait l'objet d'un débat approfondi au Sénat.

**MM. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et **Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, se sont déclarés défavorables à l'amendement.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, a déploré la volonté de la ministre en séance publique de revenir à l'archaïsme du projet de loi initial. Permettre au conseil de surveillance de donner son avis sur le budget de l'établissement est une nécessité.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a présenté un amendement tendant à revenir au texte de la commission des affaires sociales, adoptée par elle à l'unanimité, sur les modalités de nomination du collège des personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a, à nouveau, fait valoir que le débat a eu lieu en séance au Sénat et la commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

La commission mixte paritaire a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

Puis **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement pour revenir sur l'élection du président du conseil de surveillance parmi les membres du seul collège des représentants des collectivités territoriales. Il a rappelé les conditions dans lesquelles le Sénat a adopté cette disposition, à l'unanimité, en séance publique, malgré l'avis défavorable de la ministre, le rapporteur s'en remettant à la sagesse du Sénat. Il serait catastrophique de se priver de la possibilité d'élire une personnalité qualifiée, comme un ancien médecin prestigieux, à la tête du conseil de surveillance d'un hôpital.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a évoqué l'attachement traditionnel du Sénat aux pouvoirs des collectivités territoriales. Toutefois, il a accepté de se ranger à la position de l'Assemblée nationale.

**Le président Nicolas About, sénateur**, est revenu sur les raisons pour lesquelles le Sénat a souhaité que le président du conseil de surveillance soit exclusivement un élu local : le Gouvernement ayant obtenu la modification des conditions de nomination des personnalités qualifiées qui, dans le texte de la commission, étaient désignées pour partie par les élus, il a paru logique aux sénateurs de supprimer la possibilité d'élire le président du conseil de surveillance parmi les personnalités qualifiées.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, s'est vivement élevé contre l'idée selon laquelle les élus pourraient bloquer les évolutions de l'hôpital. L'absence de fondement démocratique à la nomination des personnalités qualifiées ne leur permet pas de se substituer à des élus pour la présidence du conseil de surveillance. En outre, l'hôpital public est déjà mis sous une tutelle très stricte par ce projet de loi avec les pouvoirs de l'ARS et un cadre budgétaire et réglementaire rigoureux. Le conseil de surveillance dispose de compétences allégées par rapport au conseil d'administration actuel des hôpitaux : cette nouvelle donne peut être acceptée mais seulement si l'attachement démocratique de l'hôpital n'est pas nié. Il serait déplorable qu'avec une telle mesure, on entretienne le discours sur la tendance au blocage des évolutions par les élus et que l'on contribue à mettre en place des querelles internes au sein des conseils de surveillance.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a expliqué le souhait des sénateurs de faire en sorte que les personnalités qualifiées puissent être nommées pour partie par des élus locaux. Si l'ensemble des personnalités qualifiées sont nommées par l'Etat et le président du conseil de surveillance est élu parmi ces personnalités, la place des élus est réduite à la portion congrue. Les élus locaux ne sont pas des freins aux réformes mais bien au contraire souvent des moteurs, par exemple dans le cas de regroupements hospitaliers comme il l'a constaté dans son département.

**M. François Autain, sénateur**, a regretté la marginalisation des élus, comme d'ailleurs des médecins, dans ce projet de loi. La nouvelle composition du collège des personnalités qualifiées, sur laquelle les élus ne peuvent plus intervenir, rend obligatoire de maintenir le texte du Sénat sur la présidence du conseil de surveillance.

**M. Gilbert Barbier, sénateur**, a souligné que l'attachement territorial de chaque établissement hospitalier se fait à travers le président du conseil de surveillance. Il est donc important de maintenir sa désignation parmi le collège des élus. Il serait regrettable que le deuxième collège qui rassemble les personnels soit en position d'arbitre entre les deux autres collèges, ce qui pourrait donner lieu à des combats souterrains ingérables.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, a fait valoir que dans la situation actuelle, le président du conseil d'administration a souvent le rôle de médiateur et d'aide pour le directeur de l'hôpital dans le règlement de certains dossiers.

**M. Jacques Domergue, député**, a estimé souhaitable de faire appel à des expériences extérieures pour surveiller la gestion de l'hôpital. Maintenir les choses en l'état risquerait d'empêcher des évolutions nécessaires.

**M. Yves Daudigny, sénateur**, a jugé que la présence des élus au conseil de surveillance est le dernier élément de démocratie existant dans ce projet de loi puisque celui-ci organise un véritable pouvoir vertical de l'Etat sur l'hôpital.

**M. Marcel Rogemont, député**, a déploré la pensée technocratique qui développe une suspicion sur les élus locaux. Il ne serait pas impossible d'ailleurs que, parmi les personnalités qualifiées, on souhaite utiliser les compétences d'élus locaux.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a considéré que, dans la plupart des cas, le maire sera le président du conseil de surveillance de l'établissement de santé. Toutefois, dans quelques cas, des personnalités extérieures pourront rendre un grand service à l'hôpital et il serait dommage de se priver de cette possibilité. Un débat identique a d'ailleurs eu lieu au sujet de l'université.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a réaffirmé qu'il n'est pas question de supprimer la place des élus locaux au sein du conseil de surveillance. Le collège des personnalités qualifiées pourra d'ailleurs comprendre des élus. En tout état de cause, le conseil de surveillance ne doit pas être un lieu d'affrontement politique au moment où de nécessaires recompositions doivent être engagées à l'hôpital.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* l'amendement puis l'article 5 ainsi rédigé.

*Article 6*

**Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé  
et contrôle des décisions des établissements publics de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de simplification rédactionnelle présenté par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**.

**M. Marcel Rogemont, député**, a présenté un amendement visant à préciser que le directeur « met en œuvre », et non « conduit », la politique générale de l'établissement.

**MM. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et **Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, se sont déclarés défavorables à cet amendement et la commission mixte paritaire l'a *rejeté*.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a présenté un amendement tendant à prévoir la présence systématique du directeur aux réunions du conseil de surveillance.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement précisant que le directeur participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative, qu'il assure le secrétariat du conseil et exécute ses délibérations. La rédaction du Sénat limite en effet de façon excessive la présence du directeur au sein du conseil de surveillance, ce qui crée une inégalité incongrue avec le président de la commission médicale d'établissement qui assiste de plein droit aux séances de ce conseil, avec voix consultative. Une telle rédaction constitue en outre un message de défiance à l'égard des directeurs.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, s'est déclaré favorable à l'amendement du rapporteur pour le Sénat, car il laisse plus de marges de responsabilités au conseil de surveillance. Il s'est interrogé sur la légalité de la disposition suivant laquelle le directeur assiste à la délibération du conseil de surveillance sur les comptes financiers de l'établissement.

**M. Yves Bur, député**, a estimé que les deux amendements améliorent le texte voté par le Sénat.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a considéré que la mention de la participation du directeur aux réunions du conseil de surveillance est suffisante et qu'il n'est pas opportun de préciser qu'il prépare ses travaux et exécute ses délibérations.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a souhaité qu'une rédaction de synthèse des amendements soit établie.

**Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur**, a souligné que, dans les faits, le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance.

**Le président Nicolas About, sénateur,** a jugé que les conseils de surveillance seraient parfaitement à même d'organiser de façon efficace leurs travaux.

**M. Gérard Dériot, sénateur,** a estimé indispensable de préciser qui va préparer les travaux du conseil de surveillance.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* l'amendement de **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat.**

**Mme Catherine Génisson, députée,** a présenté un amendement pour que le pouvoir de nomination du directeur se fasse « en accord avec le président de la commission médicale d'établissement ». L'hôpital a été très déstabilisé par les projets de réforme gouvernementaux. Il est important de ne pas à nouveau susciter des querelles mais plutôt d'apaiser les esprits.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale,** s'est déclaré défavorable à cet amendement car il créera des situations de blocage que l'on souhaite précisément éviter.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat,** a estimé qu'on pourrait prévoir l'avis du président de la CME mais pas son accord car cela entraînerait des difficultés.

La commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale,** a présenté un amendement pour indiquer que le directeur devra « avoir réuni » le directoire et non recueilli « l'avis » de celui-ci pour exercer un certain nombre de ses compétences. En effet, la rédaction du Sénat introduit un formalisme lourd dont le non-respect pourrait être sanctionné et qui érige le directoire en organe spécifique alors que sa fonction est simplement d'assister le directeur. La solution qu'il propose est un équilibre entre le texte de l'Assemblée nationale qui prévoyait la simple consultation des autres membres du directoire et l'avis demandé par le Sénat.

**Le président Nicolas About, sénateur,** a estimé qu'il serait préférable d'indiquer que le directeur a « consulté » le directoire plutôt que de l'avoir seulement réuni.

**M. Jean-Marie Le Guen, député,** a demandé aux membres de la commission mixte paritaire de bien mesurer les conséquences que pourrait avoir un tel amendement. La communauté médicale est en effet persuadée qu'avec le texte du Sénat, elle peut à nouveau intervenir dans les décisions de gestion de l'hôpital. Il serait mal ressenti que le directoire se voit à nouveau privé de son pouvoir délibératif.

**M. Jean-Luc Prél, député,** a fait valoir que la composition du directoire a une majorité de personnel médical.

**M. Yves Daudigny, sénateur,** a estimé que le mot « avis » ne présente aucun caractère de danger pour le pouvoir de décision du directeur.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a insisté sur la nécessité de ne pas réveiller de façon stérile les inquiétudes de l'hôpital qui n'en a pas besoin aujourd'hui.

**M. Jean Leonetti, député**, est convenu qu'aucun médecin ne souhaite que l'on se passe de l'avis de la CME. D'une part, il n'est pas souhaitable que le directeur soit sous la tutelle des médecins, ce qui se passerait si le directoire, dont la majorité est médicale, prenait les décisions. D'autre part, laisser le directeur libre de décider sans consultation de la communauté médicale serait aussi une erreur. Dans ces conditions, recueillir l'avis du directoire est d'une évidente nécessité.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a regretté les termes du débat qui consiste à mettre d'un côté les médecins, de l'autre, les administratifs. La désignation des membres du directoire, qui est d'ailleurs complexe, accorde une majorité aux professionnels médicaux. Cela ne veut pas dire que cette majorité médicale s'opposera systématiquement aux directeurs. Les personnels hospitaliers ont compris tardivement qu'ils pouvaient participer à l'élaboration du texte et l'ont manifesté auprès des parlementaires. La rédaction du Sénat a permis d'apaiser les inquiétudes de la communauté médicale. Il serait très dangereux de revenir sur ces dispositions.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a ajouté que les travaux du Sénat répondent à l'expression des demandes faites publiquement par le Président de la République au sujet de la gouvernance hospitalière.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a alors affirmé que la commission des affaires sociales du Sénat a conduit sa réflexion dans le souci d'effectuer avant tout un travail technique et responsable, de manière autonome et sous aucune tutelle.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a soutenu la rédaction du Sénat qui a donné satisfaction à la communauté médicale et apparaît la plus pertinente. Par ailleurs, recueillir l'avis du directoire ne signifie pas que cet avis doit être conforme.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a fait observer que le directoire est une instance essentiellement consultative. Le rapport Larcher souhaitait lui donner plus de pouvoirs et c'est la raison pour laquelle le Sénat a décidé de soumettre à son approbation le projet médical d'établissement. Le texte du Sénat paraît donc préférable sur ce point.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, est convenu de la nécessité que le directoire soit un lieu de consultation, de concertation, de travail collégial et d'équipe. Néanmoins, il est important que le processus de décision soit simple et c'est ce que propose son amendement.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement puis *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à conserver la spécificité des règles de nomination du directeur du centre d'accueil et de soins hospitaliers (Cash) de Nanterre. Celui-ci est actuellement nommé par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de l'intérieur et de la santé après avis du président du conseil d'administration, c'est-à-dire le préfet de police de Paris. Les particularités de cet établissement, à la fois sanitaire et social, justifient le maintien de cette dérogation.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré favorable à l'amendement.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a rappelé l'étonnement scandalisé d'élus des Hauts-de-Seine lorsqu'a été ouverte une nouvelle salle d'opération au Cash de Nanterre, à quelques centaines de mètres seulement de l'hôpital public local. Il y a un paradoxe à vouloir maintenir le statut très spécifique de cet établissement et notamment de sa tutelle alors que, par ailleurs, on souhaite harmoniser les statuts à travers le projet de loi.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* l'amendement.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a présenté un amendement visant à prévoir que la nomination des directeurs d'établissement public de santé autres que les CHU et les CHR se fera sur proposition du directeur général de l'ARS et non plus sur une liste de trois candidats proposés par ce dernier.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, s'est déclaré défavorable à cet amendement et **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, l'a *retiré*.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a repris l'amendement estimant que le sujet est important et qu'il est sans doute préférable que la désignation ne se fasse plus au niveau national mais plutôt à un échelon de proximité.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a fait observer que, quelle que soit la solution retenue, la nomination des directeurs se fera par le directeur général du centre national de gestion.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a estimé qu'une nomination à partir d'une proposition unique risquerait de favoriser la sélection régionale alors que le souci actuel est d'ouvrir le recrutement à une plus grande variété de profils, ce que permettra une sélection à partir de trois noms.

**M. Jacques Domergue, député**, a rappelé que l'intervention du centre national de gestion dans la nomination des directeurs a essentiellement un aspect technique.

**M. Yves Daudigny, sénateur**, a souligné que la liste de candidats proposés est toujours classée. Le maintien de cette liste donne un peu de souplesse, ce qui pourra être utile dans les relations qui vont s'instituer entre le directeur général de l'ARS et le directeur d'hôpital.

Le **président Nicolas About, sénateur**, a jugé préférable que, dans ce domaine comme dans d'autres, les responsables assument pleinement leurs décisions.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a estimé indispensable d'éviter les suspicions sur la nomination d'un directeur. Les syndicats des directeurs d'hôpitaux sont d'ailleurs unanimes pour souhaiter le maintien de la procédure de nomination sur une liste de trois noms. Dans la pratique, des échanges ont toujours lieu sur les nominations entre les différentes parties concernées.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à préciser que le projet médical de l'établissement est élaboré par le président de la CME « avec le directeur » et que le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement « sous l'autorité du directeur ». Il est impératif que le directeur participe aux travaux d'élaboration du projet médical afin de respecter la logique et l'ambition du projet de loi qui est de rendre le directeur compétent et responsable.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a présenté deux amendements, le premier pour revenir au texte de l'Assemblée nationale et indiquer que le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement « sous l'autorité du directeur » et le second, pour mentionner que le directeur approuve le projet médical validé par le directeur qui le lui soumet.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement prévoyant qu'il incombe au directeur de présenter le projet médical au directoire, que le directoire prépare le projet d'établissement et qu'il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Un débat s'est alors instauré sur ces quatre amendements.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a fait observer que la notion, mentionnée par le rapporteur de l'Assemblée nationale dans l'exposé de son amendement, de « projet thérapeutique » n'existe pas puisque seuls figurent dans les textes le projet d'établissement et le projet médical. Le texte adopté par le Sénat sur la préparation et l'approbation du projet médical est en tout état de cause meilleur.

**Mme Marisol Touraine, députée**, a regretté que le rapporteur de l'Assemblée nationale multiplie les motifs de vexation de la communauté médicale. Les médecins ont été humiliés par le texte de l'Assemblée nationale et la version du Sénat est un compromis acceptable. Revenir à des formulations en retrait par rapport au vote du Sénat créerait des difficultés inutiles.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a déploré qu'on détricote le texte du Sénat dans une attitude psychologique revancharde. Tous les acteurs de la communauté hospitalière ont pris acte des avancées du Sénat ; il serait désastreux de revenir dessus aujourd'hui.

**M. Jean Leonetti, député**, a fait valoir que la proposition du rapporteur de l'Assemblée nationale reprend une demande de la fédération hospitalière de France. Il est important que personne ne soit humilié. De ce point de vue, l'élaboration du projet médical par le président de la CME est certainement préférable à la simple préparation de ce projet par cette instance. Cela étant, l'administration a son mot à dire sur le projet médical. Il est donc important d'inscrire dans la loi un lien ou une concertation avec le directeur pour l'élaboration de ce projet médical. Le directoire n'est pas l'instance de décision adéquate pour le projet médical. De toute façon, celui-ci sera soumis au conseil de surveillance après son inclusion dans le projet d'établissement.

**M. Yves Daudigny, sénateur**, a estimé la rédaction du Sénat plus équilibrée. L'amendement du rapporteur de l'Assemblée nationale est incohérent puisqu'il prévoit à deux reprises l'association du directeur au président de la CME, pour l'élaboration du projet médical et pour la coordination de la politique médicale de l'établissement.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a jugé préférable que le président de la CME élabore le projet médical et que la coordination de la politique médicale se fasse sous l'autorité du directeur car il paraît légitime qu'il n'y ait qu'un seul responsable à l'hôpital. Il s'est déclaré défavorable aux amendements du rapporteur de l'Assemblée nationale et favorable aux amendements du rapporteur du Sénat.

**MM. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat, et Jean Leonetti, député**, ont proposé de modifier la rédaction de l'amendement du rapporteur de l'Assemblée nationale.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, après avoir répondu aux demandes d'explication de **M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a insisté sur la nécessité que le président de la CME n'élabore pas, seul, le projet médical.

**Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur**, s'est interrogée sur les différentes rédactions proposées par les amendements.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a relevé l'importance de ne pas créer de conflit de pouvoirs entre le président de la CME, élu par la communauté médicale, et le directeur. En effet, le président de la CME n'est pas l'adjoint du directeur. En revanche, il est évident que le directeur doit coordonner la politique de l'établissement.

**M. François Autain, sénateur**, a regretté que le texte voté par le Sénat ne soit pas plus vigoureusement défendu par ceux qui l'ont adopté. La rédaction est en effet tout à fait satisfaisante et il est souhaitable de la maintenir en l'état.

**Mme Catherine Génisson, députée**, a estimé que la première phrase de l'amendement du rapporteur de l'Assemblée nationale, qui prévoit l'élaboration du projet médical par le président de la CME avec le directeur, est suffisante et que, dans ces conditions, il convient de supprimer le fait que la coordination de la politique médicale de l'établissement relève du président de la CME « sous l'autorité du directeur ».

**M. Jean Leonetti, député**, s'est déclaré en accord avec cette proposition.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* l'amendement du rapporteur de l'Assemblée nationale ainsi *modifié*. Les trois autres amendements sont *devenus sans objet* ou ont été *retirés*.

**MM. Yves Bur, député, et Gérard Dériot, sénateur**, ont souhaité savoir si le vote de la commission mixte paritaire maintient l'approbation du projet médical par le directoire.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a répondu qu'il en est effectivement ainsi.

Puis la commission mixte paritaire a *adopté* quatre amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et deux amendements de coordination présentés par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à supprimer la disposition instaurant une tutelle spécifique sur l'AP-HP dans le cas de la présentation du budget de cette institution en déséquilibre.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a regretté une mesure à la fois inutile et mal écrite qui a constitué une humiliation supplémentaire pour l'AP-HP.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé comment le Gouvernement a présenté cette mesure au Sénat qui, après un long débat, l'a adoptée. Il s'est donc déclaré défavorable à l'amendement car la seule tutelle de l'ARS sur l'AP-HP pourrait s'avérer insuffisante, du moins dans un premier temps, compte tenu de l'importance de cet organisme.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement puis *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**.

Enfin, la commission mixte paritaire a *adopté* l'article 6 ainsi rédigé.

*Article 7*

**Nomination et gestion des personnels de direction  
de la fonction publique hospitalière**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à définir de façon plus souple le lieu où sera délivrée la formation d'adaptation à leurs fonctions des directeurs non statutaires. Celle-ci pourra ainsi avoir lieu à l'école des hautes études en santé publique mais également dans tout autre organisme compétent.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré favorable à l'amendement et la commission mixte paritaire l'a *adopté* ainsi qu'un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'article 7 ainsi rédigé.

*Article 7 bis*

**Représentation des usagers dans les commissions de l'activité libérale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 8*

**Organisation interne des établissements publics de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cinq amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et deux amendements rédactionnels présentés par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, puis l'article 8 ainsi rédigé.

*Article 8 ter A*

**Adaptation par voie réglementaire de la gouvernance du centre d'accueil  
et de soins hospitaliers de Nanterre**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 9*

**Certification des comptes des établissements publics de santé**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à préciser les modalités de certification des comptes des établissements de santé : les établissements de santé qui devront se soumettre à cette obligation seront définis par décret ; la certification se fera par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes et sera coordonnée par celle-ci dans des conditions fixées par voie réglementaire. Il importe de ne pas imposer le recours à un commissaire aux comptes pour la certification des comptes des établissements de santé et de laisser la possibilité de recourir à la Cour des comptes, notamment pour l'AP-HP et les établissements hospitaliers de grande taille.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré favorable à cet amendement.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, s'est interrogé sur la cohérence des positions de la majorité qui prévoit une certification par la Cour des comptes pour l'AP-HP et souhaite l'application du droit commun pour les autres aspects de la gestion de cet organisme.

**Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur**, a rappelé qu'un long débat a eu lieu au Sénat sur la nécessité d'instaurer une tutelle spécifique, notamment du ministère du budget, sur l'AP-HP.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement et l'article 9 ainsi rédigé.

*Article 9 bis*

**Création de l'agence nationale d'appui à la performance  
des établissements de santé et médico-sociaux**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 10*

**Statut des praticiens hospitaliers**

La commission mixte paritaire a *adopté* trois amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a présenté un amendement ayant pour objet de permettre la reconnaissance de la qualification professionnelle des pharmaciens et des auxiliaires médicaux ressortissants d'un Etat non-membre de la Communauté européenne ou non-partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Cet amendement avait été présenté par Mme Catherine Procaccia, sénateur, en séance publique et en accord avec le Gouvernement, il avait été décidé de revoir la question en commission mixte paritaire.

Après expertise de cette proposition, la commission mixte paritaire a alors *adopté* cet amendement, puis l'article 10 ainsi rédigé.

*Article 10 bis*

**Tenue d'une liste de praticiens par le centre national de gestion**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 11*

**Contrôle de légalité sur certains actes des établissements publics de santé, hébergement des données à caractère personnel par des tiers et commissions administratives paritaires**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 11 ainsi rédigé.

**CHAPITRE III**

**FAVORISER LES COOPÉRATIONS ENTRE  
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

*Article 12*

**Communauté hospitalière de territoire**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a fait valoir que la délibération du conseil de surveillance sur toutes les conventions constitutives d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) est contradictoire avec la rédaction de l'article 5, qui dispose que cette

délibération n'est prévue que dans les cas où un CHU en est partie prenante. Afin de résoudre cette incohérence, il a proposé un amendement pour prévoir que la convention de CHT sera préparée par les directeurs en concertation avec les directoires et soumise pour avis au conseil de surveillance.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a exprimé son incompréhension sur la notion de CHT. Cette nouvelle structure suscite en effet de nombreuses interrogations. Qu'entend-on par « territoire » ? Un CHU peut-il faire partie ou non d'une CHT ?

**Le président Nicolas About, sénateur**, a répondu que, d'une manière générale, il est prévu que les CHU puissent être partie prenante à une CHT, sauf dans certains cas.

**M. Jean-Pierre Door, député**, a regretté que la participation des CHU aux CHT ne soit pas la règle. Certains hôpitaux périphériques ont en effet intérêt à être liés à un CHU afin de mutualiser leurs compétences et leurs moyens.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a dit ne pas très bien saisir la philosophie de l'amendement et a déploré qu'un CHU ne puisse faire partie de plusieurs CHT.

Dans le même souci, **Mme Catherine Génisson, députée**, a pris l'exemple de la région Nord Pas-de-Calais qui ne comporte qu'un CHU, celui de Lille. Il serait souhaitable qu'il puisse être partie prenante à plusieurs CHT.

**M. Jean-Pierre Door, député**, a dit ne pas comprendre les interrogations de Jean-Marie Le Guen sur les CHT. La création de ces structures constitue un progrès notable en matière de coopération entre établissements de santé. Ce nouvel outil leur permettra de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer ensemble certaines fonctions et activités. Sur la question de l'inclusion ou non des CHU dans les CHT, il a souligné que tous les territoires de santé ne comportent pas de CHU.

**M. Jean Leonetti, député**, a rappelé qu'un CHU est un établissement de référence en matière de recherche et de médecine, mais qu'il n'a pas vocation à accueillir l'ensemble des patients d'un territoire donné. Face au poids des CHU, il faut donc que les établissements de santé de taille plus modeste aient la possibilité de coopérer entre eux. Tel est l'objectif qui sous-tend la création des CHT.

**M. Marcel Rogemont, député**, a précisé qu'un CHU n'est pas uniquement un établissement consacré à la recherche. Il s'agit avant tout d'un établissement de santé. Par ailleurs, il ne faut pas omettre le fait que la création des CHT sera contrôlée par les ARS.

**M. Yves Daudigny, sénateur**, a rappelé que la rédaction de l'article 12 est le fruit de longues discussions en commission des affaires sociales du Sénat. Elle constitue une position d'équilibre qu'il convient de préserver.

**M. Yves Bur, député**, a expliqué que la CHT, forme intégrée de coopération entre établissements de santé, a pour but de rationaliser leur gestion. Il ne faudrait pas pour autant que ce nouvel outil conduise à la création de structures de la taille de l'AP-HP sur l'ensemble du territoire.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a estimé que le texte du Sénat est satisfaisant et a regretté que l'amendement revienne sur sa rédaction. Il est à craindre qu'en cas d'avis défavorable du conseil de surveillance sur la convention de CHT, l'ARS n'impose la création de celle-ci.

A son tour, **M. Jean-Luc Prével, député**, a dit préférer la rédaction du Sénat, dans la mesure où celle-ci associe la communauté médicale à l'élaboration de la convention de CHT. Il a par ailleurs regretté qu'un établissement n'adhère qu'à une CHT : dans certains cas, il paraît utile qu'il puisse faire partie de deux CHT.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a déploré que la CHT soit une structure de mutualisation des moyens et non une structure consacrée au parcours de soins. C'est un leurre de croire que les CHT pourront favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des patients. L'article consacre une logique de gestion, alors qu'il aurait fallu privilégier une logique de parcours de soins.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a précisé que les CHT, en facilitant la coopération entre établissements, ont avant tout pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades. Par ailleurs, si les CHU ne pourront effectivement pas adhérer à plusieurs CHT, ils auront toujours la possibilité de passer des conventions avec des hôpitaux. L'amendement proposé a simplement pour objectif d'indiquer que la convention de CHT sera préparée en concertation avec les directeurs.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que le texte de l'Assemblée nationale faisait déjà mention de l'interdiction pour un établissement public de santé d'adhérer à plus d'une CHT. La rédaction du Sénat prévoit, quant à elle, qu'un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de CHT, ce qui revient au même. Exprimant le souhait que la commission mixte paritaire ne revienne pas sur le fond de l'article 12, dont la rédaction correspond à la philosophie du rapport Larcher, il a émis un avis défavorable sur cet amendement.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement.

La commission mixte paritaire a ensuite *adopté* trois amendements rédactionnels présentés par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et quatre amendements rédactionnels proposés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**. **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite retiré deux amendements rédactionnels.

Puis il a présenté un amendement tendant à supprimer la commission de communauté chargée de suivre l'application de la convention de CHT. Dès lors que la notion d'établissement siège a été réintroduite, cette commission coexiste avec les instances spécifiques au niveau de l'établissement siège, ce qui crée un doublon inutile.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a fait valoir que le Sénat tient beaucoup à cette instance de concertation et de dialogue informelle qui joue, de fait, un rôle très important dans les actions de coopération hospitalière locale actuellement en cours. La représentation des établissements membres de la CHT dans les instances de l'établissement siège est, par la force des choses, très limitée. Il n'y a donc pas de doublon en matière de représentation des établissements adhérant à une CHT.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a estimé que cette commission de communauté alourdit inutilement le dispositif.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a indiqué que les représentants des établissements parties à une CHT n'ont pas besoin d'une telle structure pour se rencontrer.

A l'inverse, **M. Gérard Dériot, sénateur**, a jugé que la commission de communauté est un lieu de rencontre et de discussion utile.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a dit craindre la perte de lisibilité du texte.

**Mme Marisol Touraine, députée**, a déclaré soutenir la démarche du Sénat. Tout progrès en matière de démocratie sanitaire suppose la création de structures de concertation.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a rappelé que des instances de conciliation sont prévues au sein des CHT. Il n'est donc pas nécessaire d'aggraver la complexité de ces structures. L'objectif des CHT est avant tout de rendre la coopération entre établissements de santé plus efficace.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur pour le Sénat, la commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite *adopté* un amendement de précision rédactionnelle présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

Puis **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement qui prévoit la possibilité de transférer des personnels entre établissements publics de santé parties à une convention de CHT. Le Sénat a, en effet, supprimé les dispositions du texte de l'Assemblée nationale relatives à ces transferts. Ceux-ci sont pourtant indispensables afin d'éviter que les mutualisations ne conduisent paradoxalement les établissements qui en bénéficient à recruter de nouveaux personnels.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé qu'au cours de la séance publique, les sénateurs se sont prononcés pour des transferts négociés et consentis, d'où leur volonté de supprimer les transferts forcés.

**M. Gérard Dériot, sénateur**, s'est déclaré favorable à l'amendement dans la mesure où celui-ci n'oblige pas à des transferts de personnels mais ne fait que les autoriser.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a insisté sur le fait que les transferts de personnels sont encadrés par le droit du travail. Il ne faudrait pas que le projet de loi impose de tels transferts entre établissements adhérant à une CHT.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a insisté sur la nécessité de compléter le texte du Sénat, dès lors qu'a été supprimée toute possibilité de transfert de personnels.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a estimé que ces dispositions risquent de durcir les relations sociales au sein des établissements de santé, notamment lors de restructurations.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis de sagesse.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a proposé une amélioration rédactionnelle de l'amendement.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement ainsi modifié, puis l'article 12 ainsi rédigé.

### *Article 13*

#### **Groupements de coopération sanitaire - Coordination par l'agence régionale de santé de l'évolution du système hospitalier**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a proposé un amendement visant à ce qu'un groupement de coopération sanitaire (GCS) puisse être constitué pour organiser non seulement des activités techniques, mais aussi des activités médico-techniques.

Sur l'avis favorable de **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, la commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement pour permettre aux pôles de santé d'adhérer à des GCS. Ceux-ci ont en effet vocation à jouer un rôle majeur dans l'offre de soins de premier et de second recours.

Suivant l'avis favorable de **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, la commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

Elle a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. François Autain, sénateur**, a présenté un amendement qui tend à supprimer les dispositions relatives aux GCS - établissements de santé. Ces structures sont non seulement difficiles à mettre en œuvre, mais elles sont aussi sources de contentieux.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a reconnu que les dispositions de l'article 13 posent certaines difficultés juridiques mais a donné un avis défavorable à leur suppression.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a confirmé également la nécessité de maintenir les GCS.

**Mme Catherine Lemorton, députée**, a demandé s'il est urgent de traiter de cette question, sachant que les établissements de santé n'ont pas été consultés au préalable.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* cet amendement.

Puis elle a adopté trois amendements rédactionnels proposés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et un amendement rédactionnel proposé par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**.

Elle a ensuite *adopté* l'article 13 ainsi rédigé.

#### *Article 13 bis A*

### **Détermination des tarifs applicables aux patients européens ou relevant d'une convention internationale**

La commission mixte paritaire a *adopté* deux amendements rédactionnels de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et l'article 13 *bis* A ainsi rédigé.

#### *Article 13 bis B*

### **Extension du champ des missions des conseillers généraux des établissements de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 13 bis C*  
**Coordination**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 13 quater A*  
**Prise en charge par la sécurité sociale des honoraires des médecins salariés par un établissement privé**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 13 *quater A* ainsi rédigé.

*Article 13 quater*  
**Prise en compte des honoraires correspondant à l'activité des médecins salariés dans le tarif des établissements privés**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 13 quinquies*  
**Allongement des délais de paiement des établissements sanitaires et médico-sociaux de droit privé**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à supprimer cet article, qui prévoit la possibilité d'allonger par décret, après avis de l'Autorité de la concurrence, les délais de paiement qui s'imposent aux établissements sanitaires et médico-sociaux de droit privé en vertu de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie. Il semble au contraire normal, dans un contexte économique national tendu, que ces établissements contribuent, comme tous les acteurs économiques, à l'effort d'amélioration des délais de paiement et que ne soit pas aggravée, au sein de ce secteur d'activité, la distorsion entre établissements publics et établissements privés.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a indiqué que le dispositif est bien encadré et qu'il est perçu comme très important par les petits établissements, notamment pour ceux intervenant dans le secteur médico-social.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, s'est déclaré défavorable à cet amendement.

Suivant l'avis défavorable de **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, la commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement et a *adopté* l'article 13 *quinquies* dans la rédaction du Sénat.

*Article 13 sexies*

**Affiliation à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales des fonctionnaires des établissements publics de santé rattachés à des collectivités territoriales**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 13 septies*

**Prise en compte des conventions hospitalo-universitaires dans les contrats pluriannuels conclus entre les universités et l'Etat**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 13 octies*

**Prise en compte des objectifs de formation et de recherche dans les projets d'établissement**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 13 nonies*

**Précisions sur le contenu des conventions hospitalo-universitaires**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 13 decies*

**Comité de suivi de la réforme de la gouvernance  
des établissements publics de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel proposé par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 13 *decies* ainsi rédigé.

**TITRE II**

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

*Article 14*

**Principes d'organisation des soins en niveaux de recours  
et définition de la médecine générale de premier recours**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement ayant pour objet de supprimer la mesure ajoutée par le Sénat, qui exclut la pénalisation financière des patients qui accèdent directement aux gynécologues, ophtalmologues et psychiatres sans avoir désigné de médecin traitant. Son maintien aurait un effet désincitatif sur l'adhésion de la population au dispositif du médecin traitant et un coût estimé à 20 millions d'euros. Il convient donc de la supprimer.

**M. François Autain, sénateur**, s'est déclaré défavorable à l'amendement. Il s'est interrogé sur la fiabilité de l'estimation financière, d'autant que le passage obligé par le médecin traitant entraîne un surcoût pour l'assurance maladie.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a fait observer que la rédaction du Sénat ne remet pas en cause le principe d'un accès direct à ces spécialistes.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement, puis l'article 14 ainsi rédigé.

*Article 14 bis A*

**Transmission des informations de suivi d'un patient hospitalisé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 14 bis*

**Missions des pharmaciens d'officine**

La commission mixte paritaire a d'abord *adopté* un amendement rédactionnel proposé par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. François Autain, sénateur**, a présenté un amendement visant à rétablir une disposition adoptée en commission des affaires sociales du Sénat mais ensuite supprimée en séance publique. Celle-ci tend à autoriser, à titre expérimental, les pharmaciens d'officines ayant reçu une formation spécifique à délivrer, une seule fois, une contraception oestroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans. Cette proposition a pour objectif de limiter le recours aux IVG.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, s'est dit opposé à cette mesure car la prescription d'une contraception n'est pas anodine.

**Mme Catherine Lemorton, députée**, a jugé, pour sa part, que la possibilité pour les pharmaciens de délivrer une contraception aux jeunes femmes permettra de lutter contre l'augmentation du nombre d'IVG, actuellement de deux cent mille par an.

Conformément à la position qu'il avait précédemment défendue en commission puis en séance, **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est dit personnellement favorable à cette mesure.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis l'article 14 *bis* ainsi rédigé.

*Article 14 ter*

**Maisons et centres de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 14 quater*

**Définition des pôles de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 14 quinquies A*  
**Dotation de financement des services de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 15*  
**Fixation du numerus clausus des études médicales  
et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine  
en fonction des besoins de santé - Revalorisation de l'internat  
en odontologie - Création d'un contrat santé solidarité**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 15 bis AA*  
**Transformation de l'école nationale supérieure de la sécurité sociale  
en école nationale de la protection sociale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 15 bis A*  
**Suppression d'une discrimination existant pour les ressortissants français  
désirant se présenter aux épreuves de l'internat**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 15 bis*  
**Contrat d'engagement de service public  
pour les étudiants en médecine**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement qui impose aux médecins ayant bénéficié d'une bourse au titre d'un contrat d'engagement de service public d'exercer en

secteur 1 pendant leur durée d'engagement au titre de ce contrat. L'objectif poursuivi est de contribuer au développement d'une offre de soins à tarifs opposables.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis de sagesse.

**M. François Autain, sénateur**, a regretté que l'amendement n'ait pas pour objet de lutter contre les dépassements d'honoraires.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a estimé que la portée d'une telle mesure est limitée, dans la mesure où la plupart des médecins exerçant dans les déserts médicaux pratiquent déjà les tarifs opposables.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a rappelé que cette bourse s'adresse aussi bien aux médecins généralistes qu'aux médecins spécialistes. Il s'agit d'une mesure utile pour combattre les déserts médicaux.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement relatif aux conditions de remboursement de la bourse. Si, comme le prévoit la rédaction du Sénat, le prix de rachat de la « pantoufle » correspond au seul montant des sommes perçues au titre du contrat d'engagement de service public, les étudiants risquent de n'adhérer à ce dispositif que pour bénéficier d'un prêt à taux zéro. C'est pourquoi l'amendement propose de majorer ce montant d'une fraction des frais d'études engagés, tout en laissant au pouvoir réglementaire la possibilité de moduler cette somme afin, par exemple, de la rendre dégressive.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis de sagesse.

**M. Gérard Dériot, sénateur**, a expliqué que son département, l'Allier, a mis en place depuis plusieurs années un système de bourse destinées aux étudiants en médecine qui acceptent de s'installer dans des zones sous-dotées. Pour rester incitatif, ce dispositif prévoit que les étudiants, qui rompent le contrat, n'ont l'obligation que de rembourser le montant des sommes perçues.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis l'article 15 *bis* ainsi rédigé.

*Article 15 ter*

**Formation des étudiants en médecine sur la contraception  
et l'interruption volontaire de grossesse**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 15 quater*

**Nombre minimal annuel de créations de postes  
d'enseignants en médecine générale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 16 A*

**Prise en charge financière par les établissements de santé  
des interventions des services départementaux d'incendie et de secours  
à la demande de la régulation médicale**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de coordination proposé par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 16 A ainsi rédigé.

*Article 16*

**Permanence des soins**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à supprimer la procédure spécifique d'information annuelle des comités de massif sur l'organisation de la permanence des soins, ajoutée par le Sénat, et qui alourdit inutilement les procédures administratives. En outre, elle ne paraît pas indispensable dans la mesure où les principaux membres du comité de massif sont, pour la plupart, déjà représentés soit à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, soit au conseil de surveillance de l'ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis favorable sur cet amendement.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement proposant de revenir au texte de l'Assemblée nationale qui indique clairement la responsabilité de l'ARS en matière de garantie de la continuité des soins ambulatoires.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que la rédaction actuelle, issue d'un compromis en séance publique entre la commission et le Gouvernement, mérite d'être maintenue. C'est pourquoi il a émis un avis défavorable à cet amendement.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement et *adopté* l'article 16 ainsi rédigé.

*Article 16 bis*

**Expérimentation du dossier médical sur clé USB  
pour les patients atteints d'affections de longue durée**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 16 *bis* ainsi rédigé.

*Article 17*

**Coopération entre les professionnels de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 17 ainsi rédigé.

*Article 17 bis*

**Lactariums**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 17 ter*

**Fixation du montant de la sanction pour non-transmission électronique  
des feuilles de soins par le directeur de l'union nationale  
des caisses d'assurance maladie**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement reportant au 1<sup>er</sup> janvier 2010 la date à laquelle le directeur général de l'Uncam devra fixer le montant de la contribution forfaitaire aux frais de gestion due par les professionnels de santé en cas de non-transmission des feuilles de soins. Compte tenu du calendrier d'examen du projet de loi, la date initialement prévue paraît en effet trop précoce pour que les partenaires conventionnels aient le temps de négocier les dérogations à ce dispositif, comme le permet le texte.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis favorable à cet amendement.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Yves Bur, député**, a présenté un amendement cosigné par MM. Jean-Pierre Door et Jean-Luc Prével, députés. Celui-ci a pour objectif d'inviter les partenaires conventionnels à négocier, d'ici le 15 octobre 2009, les modalités de mise en œuvre d'un secteur optionnel, qui permettra une pratique encadrée des dépassements d'honoraires. A défaut de résultats de ces négociations, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourra modifier les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Cet arrêté pourra également modifier les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsqu'aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer.

**Mme Marisol Touraine, députée**, s'est déclarée favorable à cet amendement qui constitue, à ses yeux, une position de repli. Il aurait en effet été préférable que le projet de loi encadre explicitement les dépassements d'honoraires. Il est choquant que, dans une loi traitant de l'accès aux soins, cette question ne soit pas abordée. C'est à la loi d'encadrer les dépassements d'honoraires et non à la négociation conventionnelle.

Estimant que l'accès à des soins de qualité à tarifs opposables est une nécessité, **M. Jean-Luc Prével, député**, a déploré le retard pris dans la création d'un secteur optionnel. Depuis le 24 août 2004, date à laquelle les partenaires conventionnels ont été appelés à négocier sur cette question, aucune avancée n'a été observée. Cet amendement a donc pour objectif de relancer le débat sur le secteur optionnel et d'inciter les acteurs concernés à prendre leurs responsabilités.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a précisé qu'un amendement quasi identique avait déjà été déposé au Sénat par le Gouvernement et confirmé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avant d'être invalidé par le Conseil constitutionnel, au motif de son dépôt devant la seconde assemblée saisie.

**M. Yves Bur, député**, a confirmé cette information et a expliqué qu'il s'agit de donner une dernière chance aux partenaires conventionnels. Si les négociations sur le secteur optionnel devaient ne pas aboutir, le Parlement reprendrait alors la main sur ce sujet.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a fait observer que les dispositions prévues par cet amendement relèvent plutôt d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. Jean-Pierre Door, député**, a rappelé que la question de l'encadrement des dépassements d'honoraires fait couler beaucoup d'encre depuis longtemps. Cet amendement est donc un amendement d'appel.

**M. François Autain, sénateur**, a déposé un sous-amendement tendant à ce que l'arrêté pris par les ministres chargés de la santé de la sécurité sociale, en d'échec des négociations, modifie obligatoirement les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements.

**M. Jean-Luc Prével, député**, a accepté de modifier l'amendement dans ce sens.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a estimé que cet amendement constitue un signal fort à destination des partenaires conventionnels.

La commission mixte paritaire a d'abord *adopté* le sous-amendement de M. François Autain, puis l'amendement et l'article 17 *ter* ainsi rédigé.

#### *Article 18*

### **Limitation des refus de soins par les professionnels de santé**

La commission mixte paritaire a examiné deux amendements identiques, présentés respectivement par les sénateurs membres du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, tendant à réintroduire, dans le texte, la méthode du testing.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a indiqué que son amendement a pour objectif de rétablir la possibilité du recours à cette méthode de contrôle aléatoire des refus de soins discriminatoires, qui figurait dans le texte de l'Assemblée nationale mais a été supprimée par le Sénat.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, conformément à la position qu'il avait précédemment défendue en commission, a émis un avis défavorable à cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a également exprimé son désaccord sur la réintroduction de cette disposition.

**Mme Marisol Touraine, députée**, s'est dite très favorable à la méthode du « testing ». Force est en effet de constater qu'aujourd'hui, l'instance chargée de sanctionner les refus de soins, c'est-à-dire le conseil de l'ordre, est très rarement saisie par les patients qui en sont victimes. Il est donc indispensable de mettre en place un nouvel outil pour lutter contre les discriminations.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a précisé que l'assurance maladie doit normalement faire connaître au conseil de l'ordre les discriminations qui lui ont été signalées.

**Mme Marisol Touraine, députée**, a répondu que les cas de saisine de l'assurance maladie par les patients sont peu nombreux.

**M. Jean Leonetti, député**, a rappelé que le testing a été mis en place aux Etats-Unis et que les résultats obtenus ne sont guère convaincants. Cette méthode est, en outre, peu conforme aux principes républicains.

**M. Yves Bur, député**, a indiqué que plusieurs actions de testing non contraignantes ont déjà été mises en place, par le fonds CMU notamment. Celles-ci doivent certes se poursuivre, mais n'ont pas pour autant vocation à constituer un moyen légitime de preuve dans les contentieux liés au refus de soins.

**M. Jacques Domergue, député**, a déploré que le testing ait été ressenti comme une mesure vexatoire par les médecins, alors qu'il devrait être considéré comme une mesure de transparence. Aujourd'hui, certains patients se disent victimes de discrimination, ce qui n'est pas toujours le cas. Grâce au testing, on pourrait plus facilement vérifier la véracité de leurs allégations.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a redit son opposition à cette pratique qui ne constitue pas, à ses yeux, une solution pertinente pour lutter contre les discriminations.

**M. Yves Daudigny, sénateur**, a indiqué ne pas comprendre pourquoi les médecins craignent tant la généralisation du testing.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* ces deux amendements.

**M. Marcel Rogemont, député**, a présenté un amendement tendant à revenir au texte initial du Gouvernement qui prévoyait l'inversion de la charge de la preuve en cas de refus de soins.

Suivant l'avis défavorable de **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, la commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

Puis **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement proposant de fixer à trois mois le délai à l'issue duquel le directeur de caisse peut infliger une sanction à un professionnel de santé que le conseil de l'ordre n'aurait pas traduit devant la juridiction ordinaire pour refus de soins discriminatoire. Plutôt que de laisser au pouvoir réglementaire le soin de fixer ce délai, il est préférable que celui-ci soit inscrit dans la loi.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

Elle a également *adopté* deux amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite proposé un amendement supprimant la disposition qui fait obligation aux caisses d'assurance maladie, après avoir prononcé des sanctions à l'encontre des professionnels de santé, de communiquer ces sanctions aux organismes complémentaires d'assurance maladie concernés. Une telle disposition paraît très difficile à mettre en œuvre car elle supposerait que les caisses connaissent, pour chaque assuré, les organismes complémentaires auxquels il est affilié.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 18 ainsi rédigé.

*Article 18 bis*

**Consultation annuelle gratuite d'un généraliste pour les jeunes**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 18 ter*

**Transmission d'informations par les caisses d'assurance maladie aux ordres professionnels compétents**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 18 quater A*

**Information du patient sur le coût et l'origine des prothèses**

Après avoir retiré un amendement de suppression de l'article, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement qui propose de modifier la rédaction du Sénat sur trois points. D'abord, il prévoit la remise d'une copie du certificat de conformité des dispositifs médicaux fournis aux patients afin que ces derniers aient connaissance de leur origine de fabrication. Ensuite, il tend à supprimer l'obligation faite par le texte du Sénat aux professionnels de santé de faire apparaître leurs « marges » : une telle obligation serait sans précédent et inciterait les praticiens à contourner la règle en négociant avec leurs fournisseurs des « marges arrière », à l'instar de ce qui se pratique dans la distribution. Enfin, l'amendement propose de renvoyer à un décret les

conditions d'application du présent article, qui pourrait notamment prévoir des règles différentes selon les catégories de dispositifs médicaux. En effet, les dispositifs médicaux sont très variés et des règles identiques de transparence et de traçabilité ne se justifient pas pour tous.

**M. Yves Bur, député**, a rappelé que les patients souhaitent être informés de la qualité des dispositifs médicaux et de leur pays d'origine. En revanche, obliger les professionnels de santé à indiquer le prix d'achat des matériaux, comme le prévoit la rédaction du Sénat, est pour le moins excessif.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a expliqué qu'en matière de prothèse, il y a deux utilisateurs : le praticien, qui fournit la prothèse, et le patient, qui la reçoit. Il n'y a donc pas de raison à ce que seul le praticien ait connaissance du prix d'achat des matériaux nécessaires à la fabrication du dispositif médical.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a regretté que l'amendement réduise la portée de la mesure prévue par le texte du Sénat et a, en conséquence, émis un avis défavorable.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

Après avoir retiré un amendement limitant l'information des patients au prix de revente des dispositifs médicaux, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement renvoyant à un décret les conditions d'application du présent article.

**Le président Nicolas About, sénateur**, ayant suggéré une amélioration rédactionnelle, la commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement ainsi modifié.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à ce que les infractions aux obligations de transparence prévues par le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique soient contrôlées et sanctionnées.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis l'article 18 *quater* A ainsi rédigé.

#### *Article 18 quater B*

### **Clarification du régime de garantie des risques de responsabilité civile encourus par les médecins**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement de suppression de cet article. A ce jour, aucune évaluation du dispositif existant d'aide à la souscription des assurances en responsabilité civile professionnelle, auquel sont éligibles les médecins des spécialités « à risque », n'est disponible. Avant d'aller plus loin, il paraît donc préférable d'obtenir une évaluation du dispositif actuel et d'examiner les

suites à y donner dans le cadre de l'examen d'un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis favorable à cet amendement.

**MM. Jean-Pierre Door, député**, et **Bernard Cazeau, sénateur**, ont estimé également que la question de la responsabilité civile professionnelle devra être abordée lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission mixte paritaire a *supprimé* l'article 18 *quater* B.

#### *Article 19*

### **Formation continue des professionnels de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de coordination présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 19 ainsi rédigé.

#### *Article 19 bis B*

### **Reconnaissance du niveau master au diplôme d'Etat de sage-femme**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 19 *bis* B ainsi rédigé.

#### *Article 19 bis*

### **Encadrement des pratiques à visée esthétique**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à soumettre, pour avis, à la Haute Autorité de santé à la fois la décision qui interdit un acte à visée esthétique et la décision qui lève cette interdiction.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 19 *bis* ainsi rédigé.

*Article 19 ter*

**Ordres des professions médicales et pharmaceutique**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de clarification rédactionnelle présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 19 *ter* ainsi rédigé.

*Article 19 quater*

**Ordres des professions paramédicales**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de coordination et un amendement rédactionnel, présentés respectivement par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, puis l'article 19 *quater* ainsi rédigé.

*Article 19 quinquies*

**Contrôle des établissements de formation agréés en ostéopathie et chiropraxie**

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a présenté un amendement visant à ce que la durée de formation des ostéopathes soit au minimum de 3 520 heures, ce qui équivaut à quatre années. En France, elle n'est actuellement que de 2 660 heures, alors qu'elle est de cinq à six ans dans les pays européens. En augmentant cette durée, les ostéopathes seront mieux formés ce qui, au final, contribuera à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a expliqué que cet amendement, adopté en commission, a été rejeté en séance au titre de l'irrecevabilité de l'article 41. Toutefois, sur le fond, cet amendement est tout à fait pertinent.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a également émis un avis favorable.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a confirmé son souhait de voir sa proposition inscrite dans la loi.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 19 *quinquies* ainsi rédigé.

*Article 19 sexies*

**Élargissement du champ de contrôle de l'inspection générale  
des affaires sociales**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 19 septies*

**Modalités de validation des qualifications des professionnels de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de clarification rédactionnelle présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 19 *septies* ainsi rédigé.

*Article 19 octies*

**Sanction de l'exercice illégal et de l'usurpation du titre de préparateur  
en pharmacie hospitalière**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 19 nonies*

**Faculté pour le directeur général de l'ARS de suspendre le droit  
d'exercice des orthophonistes et des orthoptistes**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de modification rédactionnelle présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 19 *nonies* ainsi rédigé.

*Article 20*

**Réforme par voie d'ordonnance du statut  
des laboratoires de biologie médicale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21*

**Habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnances les mesures nécessaires à la transposition de certaines règles communautaires en matière de qualifications professionnelles et de dispositifs médicaux**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 bis A*

**Sanctions en cas de distribution de médicaments à usage humain collectés auprès du public et non utilisés**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 bis B*

**Bénéfice du temps partiel thérapeutique pour les internes en médecine**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de modification rédactionnelle présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 21 *bis* B ainsi rédigé.

*Article 21 bis C*

**Sanctions pour les entreprises pharmaceutiques en cas de non-réalisation des études postérieures à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 bis*

**Publicité des associations de patients financées par les entreprises de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 ter*

**Assurance des professionnels de santé salariés**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 quater*

**Reconnaissance de diplômes et qualifications professionnelles  
de pays non-membres de la Communauté européenne**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement portant rectification d'erreurs matérielles présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 21 *quater* ainsi rédigé.

*Article 21 quinquies*

**Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 sexies*

**Télé médecine**

Après que **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a retiré un amendement visant à supprimer une précision qui concerne le cas spécifique des territoires insulaires ou enclavés, la commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 octies*

**Non-application de pénalités pour certaines consultations médicales  
effectuées en dehors du parcours de soins**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 21 nonies*

**Elimination des matériels médicaux usagés perforants**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

**TITRE III**

-

**PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE**

**Mme Catherine Lemorton, députée**, a indiqué que les députés membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche (SRC) ne participeront pas, sauf sur un ou deux points précis, aux discussions de la commission mixte paritaire portant sur le titre III relatif à la prévention et à la santé publique et ce, pour quatre raisons principales.

Tout d'abord, ils regrettent la suppression par le Sénat de l'article 22 A qui définissait la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, conformément à la définition de l'OMS.

Ensuite, ils sont opposés à la création de la fondation, prévue à l'article 22 B, qui doit contribuer à l'éducation à la santé. Cette structure est en effet la porte ouverte à des financements privés dans ce domaine.

En outre, les membres du groupe SRC déplorent que l'article 22, relatif à l'éducation thérapeutique du patient, ait été profondément modifié, conformément aux souhaits de l'industrie pharmaceutique.

Enfin, sur les dispositions relatives à l'alcool, ils dénoncent une hypocrisie évidente, en particulier sur la publicité sur internet.

**M. André Flajolet, député**, a déclaré prendre acte de la suppression de l'article 22 A. S'agissant de la fondation prévue à l'article 22 B, il a rappelé que celle-ci doit permettre de donner un contenu à l'éducation à la santé et de structurer la prévention comportementale et nutritionnelle.

*Article 22 A*

**Définition de la santé**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 22 B*

**Définition de l'éducation à la santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 22 B ainsi rédigé.

*Article 22 C*

**Rôle de la Haute Autorité de santé en matière d'affichage,  
par les sites informatiques dédiés à la santé, d'hyperliens  
vers les autres sites français dédiés à la santé et aux médicaments**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 22 D*

**Transmission au Parlement d'un rapport relatif  
au nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 22 E*

**Signalement des effets indésirables des médicaments  
par les associations agréées de patients**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 22 E ainsi rédigé.

*Article 22*

**Education thérapeutique du patient**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à clarifier les compétences respectives des ARS et de la HAS en matière d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que la question fondamentale concernant l'éducation thérapeutique est de savoir si elle présente ou non un intérêt pour la santé des personnes atteintes de pathologies de longue durée ou de maladies chroniques. Dès lors, une évaluation est nécessaire. Celle-ci incombe à la HAS qui est chargée, selon les termes de l'article L. 1414-4 du code de la santé publique, de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles. La HAS s'appuiera nécessairement sur les ARS dont on peut espérer qu'elles exerceront naturellement au moins un contrôle sur le respect des autorisations accordées. Mais la distinction entre évaluation par les ARS et évaluation de l'impact des programmes par la HAS n'est pas évidente, c'est pourquoi il a émis un avis défavorable à cet amendement.

**M. François Autain, sénateur**, a dit ne pas comprendre en quoi la HAS est compétente pour évaluer les programmes d'éducation thérapeutique.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a répondu que la HAS s'appuiera, pour cette mission, sur les observatoires régionaux de santé.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite adopté un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, rectifié à la demande du **président Nicolas About, sénateur**, ainsi qu'un amendement de cohérence présenté par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et enfin l'article 22 ainsi rédigé.

#### *Article 22 bis A*

### **Habilitation du Gouvernement à prendre, par ordonnances, des mesures relatives à la lutte contre le dopage**

La commission mixte paritaire a adopté un amendement rédactionnel de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement tendant à limiter le champ de l'habilitation à légiférer par ordonnances dans le domaine de la lutte contre le dopage, afin d'en exclure la gouvernance de l'Agence française de lutte contre le dopage. Celle-ci étant une autorité indépendante, toute modification de ses compétences ou de sa gouvernance doit faire l'objet d'un débat approfondi au Parlement.

**M. Marcel Rogemont, député**, a apporté son soutien à cet amendement. Il n'est pas concevable de remettre en cause l'indépendance de l'agence française de lutte contre le dopage, qui plus est par voie d'ordonnance.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 22 *bis* A ainsi rédigé.

*Article 22 bis*

**Extension des missions des sages-femmes**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement de suppression de la mesure, adoptée au Sénat, autorisant à titre expérimental les sages-femmes à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse. Il lui semble préférable d'envisager d'autres moyens et plutôt de favoriser l'accès à la contraception.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que cette disposition avait reçu l'avis favorable du Gouvernement. C'est pourquoi, il n'est pas favorable à sa suppression.

La commission mixte paritaire a alors *rejeté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement rédactionnel tendant à remplacer le mot « pratique » par les mots « faculté de pratiquer », pour qualifier l'autorisation accordée aux sages-femmes, d'une part, et pour supprimer le mot « française » dans l'expression « région française », futur support de l'expérimentation, d'autre part.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, s'est déclaré favorable à la première partie de l'amendement.

A l'inverse, **le président Nicolas About, sénateur**, a estimé que, si la deuxième modification est effectivement rédactionnelle, la première est en réalité de toute autre nature.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a expliqué que l'emploi de l'expression « faculté de pratiquer » permet d'indiquer que la pratique d'une IVG par voie médicamenteuse n'est pas obligatoire.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a fait observer que tel n'est jamais le cas en vertu du respect de la clause de conscience. Il a proposé un vote par division de l'amendement.

La commission mixte paritaire a *rejeté* le I de l'amendement mais a *adopté* le II.

Puis **M. François Autain, sénateur**, a présenté un amendement visant à préciser que la prescription et la surveillance des résultats biologiques demeurent sous la responsabilité du médecin traitant.

**M. Yves Bur, député**, a demandé si une sage-femme peut prescrire des examens biologiques.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a confirmé que certains examens biologiques peuvent être prescrits par les sages-femmes. Il s'est déclaré plutôt favorable à l'amendement.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a dit partager ce sentiment.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 22 *bis* ainsi rédigé.

*Article 22 quater A*

**Renouvellement des prescriptions  
de médicaments contraceptifs par les infirmiers**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 22 quater B*

**Possibilité pour les pharmaciens de dispenser des contraceptifs oraux**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 22 *quater* B ainsi rédigé.

*Article 22 quater*

**Mission de l'agence française de sécurité sanitaire  
et des produits de santé**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 22 sexies*

**Initiation à l'utilisation du défibrillateur  
lors de la journée d'appel de préparation à la défense nationale**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 22 septies*

**Formation des psychothérapeutes**

La commission mixte paritaire a examiné deux amendements identiques présentés respectivement par **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, pour supprimer la disposition, introduite par le Sénat, autorisant les établissements d'enseignement supérieur à délivrer un diplôme de niveau master dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience des psychothérapeutes et pour revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale.

La commission mixte paritaire a *adopté* ces deux amendements et l'article 22 *septies* ainsi rédigé.

*Article 22 octies*

**Clarification de la situation des accueillants familiaux thérapeutiques**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 23*

**Interdiction de vente d'alcool aux mineurs  
et renforcement du contrôle des interdictions  
en matière de tabac et d'alcool**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 24*

**Interdiction de vente d'alcool au forfait et dans les stations service,  
réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à distance, contrôle**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à rétablir le texte de l'Assemblée nationale relatif à l'interdiction de vente d'alcool dans certains cas. Il consiste, d'une part, à supprimer la disposition qui interdit de vendre des boissons alcooliques sur les aires de repos et aires de services en bordure des autoroutes et des routes à deux fois deux voies, sauf dans les boutiques de vente à emporter et les lieux de restauration. Il revient, d'autre part, au créneau horaire initial

d'interdiction de vente des boissons alcooliques à emporter, entre 18 heures et 8 heures, dans les points de vente de carburant.

Après avoir rappelé son soutien, dès l'origine, à la rédaction de l'Assemblée nationale sur les dispositions relatives à l'alcool, **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis favorable à cet amendement.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a alors proposé d'examiner cet amendement en deux temps : d'abord, sa seconde partie, qui ne fait l'objet d'aucune autre proposition d'amendement ; ensuite la première, pour laquelle un autre amendement, déposé par M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur, peut être examiné simultanément.

La commission mixte paritaire a donc ainsi procédé : elle a *adopté* le principe de l'interdiction de vente d'alcool dans les points de vente de carburant dès 18 heures constituant la seconde partie de l'amendement.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a ensuite présenté son amendement interdisant la vente et la distribution gratuite d'alcool sur les aires de repos et de services des autoroutes et des routes à deux fois deux voies, à l'exception des boutiques de vente de produits régionaux, où seule la vente à emporter est autorisée.

Par ailleurs, il a estimé que l'interdiction de la vente d'alcool dans les points de vente de carburant dès 18 heures posera des problèmes en milieu rural, notamment aux petits commerces de proximité. Il aurait été plus judicieux de faire débiter cette interdiction à 18 heures pour les stations-services d'autoroutes et à 20 heures pour les commerces installés en zone rurale.

**Mme Catherine Lemorton, députée**, a rappelé que le projet de loi initial présenté par le Gouvernement comportait une disposition répondant mieux à ces critiques mais que celle-ci a été supprimée à l'Assemblée nationale.

**M. Yves Bur, député**, a estimé que la rédaction de l'Assemblée nationale est cohérente et qu'il convient d'y revenir.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a considéré que son amendement est plus proche des préoccupations formulées par ses collègues sénateurs.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* la première partie de l'amendement proposé par M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et *rejeté* l'amendement de M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur.

Après avoir *adopté* un amendement rédactionnel proposé par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, la commission mixte paritaire a *adopté* l'article 24 ainsi rédigé.

*Article 25 bis A*

**Encadrement de l'implantation des commerces de vente au détail de tabac  
autour des établissements scolaires ou sportifs**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 25 *bis* A ainsi rédigé.

*Article 25 bis B*

**Encadrement de l'implantation des commerces de vente au détail de tabac  
dans les départements d'outre-mer**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 25 bis C*

**Dispositions relatives aux médicaments vétérinaires**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 25 *bis* C ainsi rédigé.

*Article 25 bis D*

**Compétences et prérogatives de l'agence française de sécurité des aliments  
en matière de médicaments vétérinaires**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 25 quinquies*

**Renforcement du système de toxicovigilance**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 25 *quinquies* ainsi rédigé.

*Article 25 septies*

**Levée sous condition de l'anonymat du dépistage du Sida,  
des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à revenir au texte de l'Assemblée nationale.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a émis un avis de sagesse.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 25 *septies* ainsi rédigé.

*Article 25 octies A*

**Contrôle de l'agence française de sécurité des aliments  
sur les compléments alimentaires**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 25 decies*

**Lutte contre les troubles du comportement alimentaire -  
Lutte contre l'obésité**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement pour rétablir l'insertion, dans le code de la santé publique, d'un livre consacré à la lutte contre les troubles du comportement alimentaire.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré défavorable à cet amendement car ces dispositions n'ont pas leur place dans le présent projet de loi mais plutôt dans une future loi de santé publique. Qui plus est, cet amendement repose sur une approche restrictive des troubles du comportement alimentaire puisque ni l'anorexie, ni la dénutrition n'y sont abordées.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, a dit soutenir cet amendement.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a rappelé que l'inscription dans le code de la santé publique du principe de lutte contre l'obésité consacre les préconisations formulées par Valérie Boyer dans son rapport. Il est grand temps d'agir en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité.

A l'inverse, **M. Gilbert Barbier, sénateur**, a estimé que les problèmes nutritionnels méritent d'être abordés dans leur ensemble.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 25 *decies* ainsi rédigé.

*Article 25 undecies*

**Attribution d'un caractère obligatoire aux recommandations  
relatives à la nutrition en restauration scolaire**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 25 duodecies*

**Intégration d'une activité physique quotidienne  
dans les programmes d'activités scolaires et périscolaires**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 25 terdecies*

**Indication du contenu calorique des produits alimentaires  
transformés dans les messages publicitaires**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 25 quaterdecies*

**Remise d'un rapport au Parlement  
sur l'impact des chaînes de télévision sur les enfants**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 25 sexdecies*

**Affichage d'incitation à l'utilisation des escaliers**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*Article 25 septdecies*

**Niveau sonore des écrans publicitaires**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement de suppression de cette mesure qui n'a, à son avis, pas sa place dans le texte et qui relève plutôt du domaine réglementaire.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a rappelé que le niveau sonore des séquences publicitaires à la télévision est un enjeu de santé publique majeur. Il a été en effet prouvé qu'un niveau sonore trop élevé capte davantage l'attention des jeunes enfants, nuit au voisinage et porte préjudice aux personnes atteintes de troubles auditifs.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

Après avoir *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, la commission mixte paritaire a *adopté* l'article 25 septdecies ainsi rédigé.

*Article 25 octodecies*

**Habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnance,  
à la fusion de l'agence française de sécurité des aliments  
et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

## TITRE IV

# ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ

## CHAPITRE I<sup>ER</sup>

### Création des agences régionales de santé

#### *Article 26 A*

#### **Motivation des avis des caisses nationales de sécurité sociale**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel, ainsi qu'un amendement de coordination, présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 26 A ainsi rédigé.

#### *Article 26 B*

#### **Contrat d'objectifs portant sur la gestion pluriannuelle du risque**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

#### *Article 26*

#### **Agences régionales de santé**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement visant à rétablir la disposition adoptée par l'Assemblée nationale tendant à reconnaître le rôle des observatoires régionaux de santé dans la nouvelle gouvernance de la politique de santé publique.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, a indiqué avoir déposé un amendement presque identique qu'il s'est proposé de modifier pour que sa rédaction soit identique au précédent.

La commission mixte paritaire a *adopté* ces amendements.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à rétablir une disposition adoptée à l'Assemblée nationale à son initiative afin que la régulation de la démographie

médicale soit inscrite expressément parmi les missions des ARS. Face aux difficultés croissantes d'accès aux soins, il importe en effet de placer la lutte contre les déserts médicaux au centre de la nouvelle gouvernance territoriale du système de soins.

**M. Marcel Rogemont, député**, a insisté sur l'importance de cette disposition.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement tendant à la suppression d'une mention redondante.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement afin de supprimer la disposition selon laquelle les ARS encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel. Une disposition du même ordre figurant déjà à l'article 3 pour les Cpom, son maintien au titre des ARS est susceptible d'entraîner une confusion entre les missions des différents services de l'Etat.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a déclaré que les activités culturelles dans les établissements peuvent avoir des effets thérapeutiques très positifs. En témoigne, tout particulièrement, le cas récent d'un enfant victime de traumatismes crâniens hospitalisé à Pézenas dans le coma, qui n'avait manifesté jusqu'alors aucune réaction à la présence des médecins et de sa famille, mais s'est réveillé à l'occasion d'un spectacle de clowns. La disposition n'est donc pas sans utilité.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a *retiré* son amendement.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a présenté un amendement tendant à la suppression de dispositions redondantes.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement rédactionnel.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à rétablir une disposition adoptée à l'Assemblée nationale à l'initiative du président Pierre Méhaignerie afin qu'à titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de l'ARS puisse être confiée à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé, et non au préfet de région.

En effet, si l'ARS, établissement public de l'Etat, sera dirigée par un directeur général nommé en conseil des ministres, les acteurs de la politique de santé sont nombreux. La gouvernance du système doit tenir compte de cette

diversité afin d'impliquer toutes les parties prenantes et de garantir un équilibre d'ensemble entre un exécutif fort, représentant l'Etat, et un conseil de surveillance qui doit exercer une mission de contrôle. La désignation du président parmi les personnalités qualifiées peut alors constituer une alternative qui mérite d'être expérimentée.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a jugé que le dispositif expérimental proposé manque de clarté et s'y est déclaré défavorable.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, a indiqué que le groupe socialiste du Sénat a, à plusieurs reprises, manifesté son soutien à cette disposition.

Dans le même ordre d'idée, **M. Marcel Rogemont, député**, a déposé un amendement tendant à ce que le président du conseil de surveillance de l'ARS soit un élu local. Il a estimé paradoxal de faire surveiller le « préfet sanitaire » par un autre préfet et jugé que, même si l'ARS a des compétences qui empiètent sur le pouvoir préfectoral, il faut une personnalité indépendante pour présider le conseil de surveillance.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a fait valoir que le président du conseil de surveillance pourrait aussi bien être une personnalité qualifiée qu'un élu.

**M. Marcel Rogemont, député**, a alors proposé de modifier son amendement afin qu'il précise que le conseil de surveillance élit son président en son sein.

**M. Yves Bur, député**, a estimé que, dans ces conditions, il paraît difficile que le préfet puisse prendre part à la désignation d'un président élu.

**M. Gérard Dériot, sénateur**, a souligné qu'il faut espérer que les ARS se montreront plus efficaces que les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour lesquelles le drame de la canicule de 2003 a montré les limites en matière de culture d'alerte. La présidence du conseil de surveillance par le préfet de région se justifie notamment par le fait qu'il sera capable de faire remonter les informations nécessaires en période de crise.

**M. Jacky Le Menn, sénateur**, a déclaré rejoindre le président Méhaignerie sur l'intérêt d'avoir une personnalité indépendante pour présider le conseil de surveillance de l'ARS. On peut craindre, en effet, que ne se mette en place une lutte entre le préfet de région et le directeur général de l'ARS et, dès lors, la présidence du conseil de surveillance par une personnalité qualifiée peut constituer un bon compromis.

**Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur**, a indiqué que la disposition proposée établit un déséquilibre malencontreux entre le directeur général de l'ARS, nommé en conseil des ministres, et le président du conseil de surveillance, nommé par le ministre de la santé.

**M. Gilbert Barbier, sénateur**, a insisté sur le fait que la présidence du conseil de surveillance par le préfet de région garantit que le système de santé sera bien un système national.

**M. Jean-Luc Prével, député,** a rappelé qu'il est depuis longtemps partisan de la création des ARS mais qu'il est opposé à ce que le directeur général de l'ARS soit nommé en conseil des ministres pour être ensuite soumis au contrôle d'une coordination nationale, ce qui le prive de toute autonomie. Si le préfet de région préside le conseil de surveillance, deux personnalités de même niveau seront en charge des ARS et les risques de conflit sont réels.

**M. Marcel Rogemont, député,** a rappelé que son amendement tend précisément à prévoir l'élection du président au sein du conseil de surveillance.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement, puis a *adopté* l'amendement de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale, prévoyant à titre expérimental la désignation d'une personnalité qualifiée comme président du conseil de surveillance de l'ARS.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale,** a présenté un amendement tendant à laisser au pouvoir réglementaire la détermination des conditions dans lesquelles les représentants des conférences de territoire pourront être intégrés à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). En effet, le texte prévoit que la CRSA comprend des représentants des conférences de territoire mais il dispose également que ces conférences sont constituées après avis de la CRSA : cette incohérence risque d'entraîner des blocages.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat,** a jugé à l'inverse nécessaire de poser dès à présent le principe de la participation des représentants des conférences de territoire à la CRSA, ce qui servira d'aiguillon pour lever les éventuels blocages. Il s'est donc déclaré défavorable à l'amendement car les élus et les populations locales attendent beaucoup de la mise en place des conférences de territoire.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement puis a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale.**

**M. François Autain, sénateur,** a présenté un amendement tendant à préciser que la conférence régionale de santé doit prendre en compte le champ médico-social.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat,** a demandé le retrait de cet amendement qu'il a estimé déjà satisfait par le texte.

**M. François Autain, sénateur,** a *retiré* son amendement.

La commission mixte paritaire a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis un amendement rédactionnel de **MM. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, et **Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. André Flajolet, député**, a présenté un amendement tendant à ce que le conseil national de pilotage des ARS valide le contrat signé entre le ministre de la santé et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) qui définit la politique de gestion du risque afin notamment de s'assurer de leur cohérence avec les politiques que les agences auront à mettre en œuvre.

**Le président Nicolas About, sénateur**, s'est interrogé sur la légitimité du conseil national de pilotage des ARS pour procéder à une telle validation.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a jugé que cet amendement renforce la cohérence du pilotage national des ARS et s'y est déclaré favorable.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a déclaré qu'il s'agit là d'une tentative de mise sous tutelle de la caisse nationale d'assurance maladie en matière de gestion du risque.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a estimé que cet amendement porte même le risque de mise sous tutelle du ministre.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a rappelé que le ministre préside le conseil national de pilotage des ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a jugé paradoxal que le ministre signe une convention puis se contrôle lui-même.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement tendant à ce que les plans de déplacements sanitaires fassent l'objet d'un volet du schéma régional d'organisation des soins (Sros) articulé avec ses autres composantes et non d'un schéma distinct.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'en est remis à la sagesse de la commission mixte paritaire sur cet amendement.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a estimé qu'il s'agit là d'une disposition raisonnable.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à soumettre le projet régional de santé à l'avis du conseil de surveillance de l'ARS, ce qui permettra de consulter ensemble et non séparément le préfet, les représentants des collectivités territoriales et ceux des principaux collèges de la conférence régionale de la

santé et de l'autonomie, et ainsi d'enrichir le débat autour du projet régional de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré défavorable à cet amendement qui a été précédemment rejeté à l'unanimité au Sénat par scrutin public.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a jugé inacceptable que les faibles mécanismes de démocratie sanitaire soient, par cet amendement, transférés à un conseil de surveillance en grande partie nommé par le ministre.

**M. Marcel Rogemont, député**, s'est déclaré favorable au texte du Sénat qui constitue, pour son groupe, une position de repli. Donner une place plus importante à la démocratie sanitaire aurait été préférable.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à ce que l'ARS puisse financer les actions de prévention menées dans la région non seulement avec les crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) du régime général, mais aussi des crédits issus des fonds de prévention de la mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI), comme le fait actuellement le groupement régional de santé publique auquel l'ARS va se substituer.

**M. Jean-Marie Le Guen, député**, a souligné que cet amendement permettra de prendre l'argent de la MSA, ce qui peut se justifier dans le cadre des actuels groupements régionaux de santé publique, qui fonctionnent de façon relativement fédéralisée, mais pas dans le cadre des ARS.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président**, a considéré que la mobilisation des crédits ne se ferait pas sans l'accord de la MSA.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à supprimer la précision selon laquelle les Sros prennent en compte la population « permanente et saisonnière », cette précision ne semblant pas relever du domaine de la loi.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement, ainsi que deux amendements de précision présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement tendant à supprimer l'organisation d'une concertation entre l'ARS et chaque conseil général en matière de prévention des handicaps et de perte d'autonomie, jugée redondante avec l'alinéa précédent du texte, ainsi qu'avec le texte proposé pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a rappelé que la disposition en cause est souhaitée par de nombreux sénateurs et que l'expérience des présidents de conseils généraux serait utile pour traiter les questions relatives aux personnes âgées ou handicapées.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a *retiré* son amendement.

La commission mixte paritaire a ensuite *adopté* cinq amendements rédactionnels déposés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a présenté un amendement tendant à ce que le directeur responsable de la coordination régionale de la gestion du risque pour les différents régimes d'assurance maladie soit chargé de l'élaboration des actions régionales complémentaires spécifiques avec le directeur régional de l'ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a demandé le retrait de cet amendement qui n'est pas cohérent avec la logique de l'article.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, s'est déclaré défavorable à cet amendement.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement tendant à faire clairement apparaître que les programmes nationaux de gestion du risque font partie du programme pluriannuel régional de gestion du risque.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré hostile à cet amendement car le premier alinéa du texte prévu par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique comporte déjà des dispositions dénuées d'ambiguïté.

**M. Marcel Rogemont, député**, a déclaré soutenir le texte du Sénat.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a *retiré* son amendement.

La commission mixte paritaire a ensuite *adopté* quatre amendements rédactionnels déposés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement tendant à subordonner le versement d'aides financières ou de subventions par les ARS à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'est déclaré favorable à cet amendement dès lors qu'il s'agit bien des seules subventions octroyées par les ARS.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement de précision visant à faire apparaître que l'ARS proposera différents types de contrats, en fonction de la nature de son cocontractant, et non un seul type de contrat conforme à un seul contrat-type.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'y est déclaré favorable, sous réserve d'une modification rédactionnelle.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement ainsi modifié, puis trois amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

Enfin, la commission mixte paritaire a *adopté* l'article 26 ainsi rédigé.

*Article 26 bis A*

**Passation par les organismes nationaux de sécurité sociale de marchés ou d'accords-cadres pour le compte des agences régionales de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 26 bis*

**Suppression des communautés d'établissements de santé**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, ayant retiré son amendement portant rectification d'une erreur matérielle, la commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 26 quater*

**Rapport au Parlement sur l'opportunité de créer un sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie relatif aux inégalités territoriales de santé**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à rétablir cet article, supprimé par le Sénat, pour prévoir la remise d'un rapport au Parlement relatif à l'intérêt de dédier un sous-objectif de l'Ondam à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Cette mesure avait été adoptée par l'Assemblée nationale, à l'initiative du président Méhaignerie.

**M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président,** a rappelé l'importance des inégalités de santé constatées aujourd'hui entre les différentes régions françaises.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 26 *quater* ainsi rédigé.

## CHAPITRE II

### Représentation des professions de santé libérales

#### *Article 27*

#### **Représentation des professionnels de santé exerçant à titre libéral**

La commission mixte paritaire a examiné trois amendements, respectivement déposés par les sénateurs membres du groupe CRC-SPG, par M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et par les sénateurs membres du groupe socialiste, tendant tous trois à ce que les unions régionales des professions de santé représentant les médecins soient constituées de trois collèges représentant respectivement les généralistes, les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens et, pour le dernier, les autres spécialistes.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale,** a indiqué que son amendement a pour objet de revenir au texte de l'Assemblée nationale qui présente l'avantage de distinguer les spécialistes exerçant en plateau technique lourd (chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens) afin de permettre une meilleure prise en compte des spécificités de leur exercice. Il a proposé que les deux autres amendements tendant au même objectif soient retirés au profit du sien.

**M. Jean-Pierre Door, député,** a constaté que l'existence de trois collèges ne fait pas l'unanimité même si les deux assemblées se sont en définitive prononcées en faveur de la création de collèges distincts. Le problème essentiel est de savoir quels sont les médecins qui se trouveront représentés par le collège des spécialistes à plateau technique lourd. On risque par là de saucissonner certaines spécialités.

**Le président Nicolas About, sénateur,** a rappelé que la position initiale de la commission des affaires sociales était de ne pas limiter le nombre de collèges et de laisser la négociation déterminer le nombre des instances nécessaires, conformément au rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas). Il a estimé que mettre en place trois collèges ne répondra aux difficultés que d'une partie des médecins.

**M. Jean-Pierre Door, député,** a réaffirmé que le problème de la détermination des électeurs dans les différents collèges se posera, notamment au regard de la représentativité syndicale.

**M. Jacques Domergue, député,** a insisté sur l'urgence qu'il y a à répondre à l'attente des professionnels exerçant les spécialités en crise que sont la chirurgie, l'anesthésie et l'obstétrique. C'est pour eux qu'est créé le troisième collège. Le problème soulevé par Jean-Pierre Door de séparation des professionnels appartenant à une même spécialité ne se posera donc pas. Par ailleurs, le rapport de l'Igas qui préconise la création de sept collèges aboutirait à un morcellement de la représentativité syndicale et il est préférable de s'en tenir à trois collèges.

**M. Jean-Marie Le Guen, député,** a souligné que la création des deux collèges au sein des unions régionales des médecins libéraux (URML) a été vécue par la droite, minoritaire à l'époque, comme un déchirement et qu'il est intéressant de voir la majorité d'aujourd'hui augmenter encore le nombre de collèges.

Les membres de la commission mixte paritaire doivent prendre position à l'aveugle et choisir entre des logiques profondément différentes.

La logique des trois collèges tend à permettre à une catégorie particulière de professionnels de négocier des tarifs optionnels, ce qui signifie la fin des tarifs opposables de la sécurité sociale. Les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens veulent pouvoir mener des négociations séparées du reste du corps médical. Ceci signifie que demain leurs tarifs seront différents de ceux des autres spécialistes. A cela s'ajoute un affrontement entre le Gouvernement et une organisation syndicale dont il entend briser l'influence. La logique conduisant à créer sept à huit collèges, qui est celle du président About, tend au contraire à prendre en compte les problèmes réels qui se posent aux différentes catégories de médecins et à permettre des négociations en conséquence. Le problème fondamental est que des enjeux de santé publique, comme l'accès aux soins ou leur organisation, sont soumis à la négociation avec les organisations syndicales. Ce système conventionnel est à bout de souffle et il est nécessaire de refonder le pacte qui lie l'Etat aux professionnels de santé. Il faut donc identifier les sept à huit groupes de médecins ayant des intérêts spécifiques et régionaliser les négociations. Toute autre solution est délétère.

**M. Gilbert Barbier, sénateur,** a salué le plaidoyer de Jean-Marie Le Guen mais a estimé qu'il existe des problèmes spécifiques et urgents pour les spécialistes qui utilisent des plateaux techniques lourds.

**M. Yves Bur, député,** a insisté sur les problèmes réels que rencontrent les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens. Si les efforts visant à régler ces problèmes spécifiques n'aboutissent pas, il appartiendra au législateur de prendre ses responsabilités lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais la création d'un collège spécifique constitue une première étape indispensable en ce sens. De plus, le problème n'est pas

seulement celui des spécialistes à plateaux techniques lourds mais également celui des médecins généralistes qui attendent la reconnaissance due au titre des missions qui leur sont confiées.

**M. Bernard Cazeau, sénateur**, a estimé qu'indépendamment de querelles syndicales, dans lesquelles il n'entre pas, il existe deux types de médecine : la médecine générale, pour laquelle la relation médecin-malade prime, et la médecine spécialisée, qui fait usage de plateaux techniques plus ou moins importants. Dès lors, trois collèges semblent un nombre adapté pour régler les problèmes pratiques posés aux professionnels. C'est la raison pour laquelle il a déposé, au nom de son groupe, un amendement tendant à cet objectif.

**M. François Autain, sénateur**, a souligné à son tour que l'amendement déposé au nom de son groupe, presque identique aux deux précédents, a d'abord pour but de respecter l'identité des médecins généralistes qui, en majorité, pratiquent des tarifs opposables. On aurait pu, à la limite, se contenter de deux collèges.

**M. Jacques Domergue, député**, a considéré que la création des deux collèges distincts au sein des URML, dont l'expérience a montré qu'elle est justifiée, répond à un problème différent. Aujourd'hui, il est nécessaire de prendre en compte les problèmes spécifiques à certaines professions afin qu'elles puissent gagner leur vie correctement. Les spécialistes dont il est question travaillent quatorze à quinze heures par jour et ne parviennent à vivre qu'en pratiquant des dépassements d'honoraires. Si on souhaite les encadrer, il faut pouvoir le faire dans le cadre de négociations spécifiques. Il y a là une urgence car ces spécialités risquent de disparaître faute de médecins.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a indiqué que la création de trois collèges est soutenue par de nombreuses personnes, notamment par les internes et les jeunes médecins. Cependant, il a déclaré s'en tenir à la parole donnée lors des concertations préalables à la commission mixte paritaire et, pour cette raison, être opposé aux amendements tendant à mettre en place trois collèges.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a déclaré que la mise en place de trois collèges répond à une attente très forte de reconnaissance de plusieurs catégories de médecins, dont les généralistes. Les internes y sont également très attachés. De nombreux problèmes spécifiques en matière de démographie, de nomenclature, d'exercice et de modalités d'exercice existent pour les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens et il convient de faire avancer les négociations sur ces sujets.

**MM. François Autain et Bernard Cazeau, sénateurs**, ont déclaré retirer leurs amendements au profit de celui de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a estimé que l'adoption de cet amendement rend sans objet celui qu'il a déposé tendant à ce qu'un décret en Conseil d'Etat pris dans les six mois fixe les modalités d'organisation et de financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé. Il l'a donc *retiré*.

Il a également considéré inutile son amendement, tendant à supprimer la disposition qui prévoit que l'audience électorale minimale requise des syndicats pour signer ou dénoncer valablement la convention médicale - soit 30 % du total national des voix - s'apprécie collège par collège, et non tous collèges confondus. Il a en effet jugé cette disposition inutile dès lors que la définition des trois collèges figure désormais dans l'article 27 au titre de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, auteur d'un amendement identique, a au contraire estimé préférable de supprimer cette mention afin de prendre en compte le pourcentage global des votes et non le résultat obtenu dans chacun des trois collèges.

**M. Jean-Pierre Door, député**, a jugé qu'obtenir la représentativité des syndicats dans plusieurs collèges nécessitera plusieurs adaptations et prendra beaucoup de temps.

**M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur**, a fait observer que, par analogie avec les organisations professionnelles et dès lors qu'on a créé trois collèges, on ne peut pas prendre en compte un résultat global, sous peine de rendre impossible le fonctionnement du système. De plus, les syndicats de médecins, comme les autres organisations syndicales, devront sans doute avoir obtenu un résultat minimal aux élections pour pouvoir être considérés comme représentatifs.

**M. Gilbert Barbier, sénateur**, a déclaré partager cet avis.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a confirmé qu'en raison de l'adoption de l'amendement précédent portant création de trois collèges, la portée de son amendement, qui se voulait initialement de coordination, n'est pas évidente. Il l'a donc *retiré*.

La commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement identique de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

Elle a ensuite *adopté* l'article 27 ainsi rédigé.

## CHAPITRE III

### Etablissements et services médico-sociaux

#### *Article 28*

### Etablissements et services médico-sociaux

La commission mixte paritaire a *adopté* cinq amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

Puis **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à supprimer le statut spécifique d'établissement privé d'intérêt collectif accordé aux établissements médico-sociaux à but non lucratif, créé par le Sénat. Ce statut pose en effet un certain nombre de problèmes. Tout d'abord, on ignore quelles seront les conséquences concrètes de l'obtention de ce statut pour des établissements en termes de financement et d'accès aux appels à projet. Ensuite, il ouvre une brèche dans la loi de 2002 qui n'a pas souhaité faire de distinction entre les types d'établissements publics et privés pour le secteur médico-social. Enfin, cette disposition suscite le mécontentement des acteurs à but lucratif qui disposent de capacités d'investissement importantes et nécessaires pour faire face à la montée des besoins en place d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a indiqué que la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, bien qu'ayant formulé quelques réserves en commission, est favorable à la création de ce statut et souhaite qu'il soit étendu aux établissements privés à but lucratif ayant conclu une convention d'aide sociale. Adopter cet amendement désavouerait donc tant la ministre que les acteurs du secteur. Dès lors, il s'est dit défavorable à l'adoption de l'amendement.

La commission mixte paritaire a *rejeté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite *retiré* son amendement ayant pour objet d'étendre le champ du nouveau statut d'établissement privé d'intérêt collectif aux établissements à but lucratif. Il a présenté un amendement de repli ayant pour objet d'élargir le qualificatif d'établissement médico-social privé d'intérêt collectif aux seuls établissements et services à but lucratif ayant conclu une convention d'aide sociale.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à substituer à la mise en place d'un service minimum dans le secteur médico-social, voulue par le Sénat, la présentation d'un rapport au Parlement sur ce sujet avant le 30 juin 2010.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, s'en est remis à la sagesse de la commission mixte paritaire.

**M. Yves Bur, député**, a souhaité savoir s'il existe réellement un problème de service minimum dans le secteur médico-social car il ne l'a jamais constaté dans son département.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a confirmé la réalité de ce cas de figure.

**M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, a déclaré en avoir fait lui-même l'expérience quinze jours auparavant.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement.

Elle a ensuite *adopté* trois amendements rédactionnels présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et un amendement rédactionnel de **M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat**, puis l'article 28 ainsi rédigé.

*Article 28 bis A*

**Accès des unions pour la gestion des établissements des caisses  
d'assurance maladie aux marchés publics de conception réalisation**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 28 bis A ainsi rédigé.

*Article 28 bis*

**Personnels recrutés par le groupement d'intérêt public  
« agence des systèmes d'information de santé partagés »**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 28 ter*

**Mission de l'agence des systèmes d'information de santé partagés**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

**CHAPITRE IV**

**Dispositions de coordination  
et dispositions transitoires**

*Article 29*

**Mesures de coordination rendues nécessaires  
par la création des agences régionales de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* trois amendements rédactionnels de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale** et l'article 29 ainsi rédigé.

*Article 30*

**Transfert aux agences de santé des biens, droits et obligations  
des organismes auxquels elles se substituent**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 31*

**Préfiguration en 2009 des agences régionales de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 32*

**Entrée en vigueur des dispositions relatives aux agences régionales de santé, à la représentation des professionnels de santé libéraux, à la planification et à l'autorisation des établissements et services médico-sociaux**

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a présenté un amendement tendant à repousser la date de mise en place des ARS et à confier au décret le soin d'en fixer l'échéance précise, au plus tard le 1<sup>er</sup> mai 2010.

**Le président Nicolas About, sénateur**, a considéré que le recours au pouvoir réglementaire ne se justifie pas et qu'il serait plus opportun de fixer une date limite, par exemple au 1<sup>er</sup> juillet 2010.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement ainsi modifié, ainsi qu'un amendement de coordination et un amendement de précision rédactionnelle présentés par **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a ensuite présenté un amendement tendant à proroger jusqu'à la date de création des ARS les mandats des membres des conseils des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), des conférences régionales de santé et des conférences sanitaires de territoires.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis l'article 32 ainsi rédigé.

*Article 32 bis*

**Carte de professionnel de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 33*

**Habilitation à légiférer par ordonnances pour coordonner les codes avec la loi, organiser les centres de lutte contre le cancer et adapter la loi outre-mer**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 34*

**Adaptation du statut des thermes nationaux d'Aix-les-Bains**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

*Article 35*

**Maintien du régime de protection sociale agricole pour les agents de la mutualité sociale agricole recrutés par les agences régionales de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

**La commission mixte paritaire a ensuite adopté l'ensemble du texte ainsi élaboré et figurant ci-après.**

**TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE  
PARITAIRE**

**PROJET DE LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL  
ET RELATIF AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES**

**TITRE I<sup>ER</sup>**

**MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

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

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

**Missions des établissements de santé**

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

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

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

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

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

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

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

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

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 assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

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

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

« 2° *bis* La recherche ;

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

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

« 5° Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

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

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

« 9° Les actions de santé publique ;

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

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

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

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

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

« - les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;

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

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

« - les groupements de coopération sanitaire ;

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

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

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

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

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

« Les missions de service public qui, à la date de publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

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

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

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« - pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne. »

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

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

« Elle peut également être subordonnée à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

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

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

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

VII. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

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

« 1° Les centres de lutte contre le cancer ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. - Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 6162-1 est ainsi modifié :

*a)* Le premier alinéa 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. » ;

*b)* Le dernier alinéa est supprimé ;

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

« 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ; »

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

4° Après l'article L. 6162-10, il est rétabli un article L. 6162-11 et inséré un article L. 6162-12 ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

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

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

« S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur général de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième 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 le centre concerné. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

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

IX. - 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 au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

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

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

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

XIII. - 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 et L. 6161-10 du même code sont abrogés.

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

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

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

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

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

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

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

S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements ou services qui relèvent de la compétence tarifaire du représentant de l'État dans le département 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 à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

En cas d'échec de l'administration provisoire, 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 A**

*(Texte du Sénat)*

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

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

*(Texte du Sénat)*

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

« *Art. L. 5126-5-1.* - Les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur peuvent confier à des pharmacies d'officine, dans des conditions précisées par voie réglementaire, une

partie de la gestion, de l'approvisionnement, du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments non réservés à l'usage hospitalier, ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles. »

III. - L'article L. 5121-1 du même code est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

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

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

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

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

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

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

## Article 2

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

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

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

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

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

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

III. - 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 sept alinéas ainsi rédigés :

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

l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale d'établissement est consultée sur 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 des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

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

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

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

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

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

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

V *bis*. - 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*. - 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 ; ».

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

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

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

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

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

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

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

1° Au premier alinéa, les mots : « susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux pour les patients » sont remplacés par les mots : « nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées » ;

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

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

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

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

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

VIII. - L'article L. 165-1-1 du même code est ainsi modifié :

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

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

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

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

IX. - Le VIII entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010.

### **Article 3**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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 comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans. » ;

2° Le cinquième alinéa est supprimé ;

3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

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

4° Le huitième alinéa est supprimé ;

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

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

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

5° Au septième alinéa, le 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 de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12.

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

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

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

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

2° Le second alinéa est supprimé.

### **Article 3 bis**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Après l'article L. 6152-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6152-5-1.* - Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

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

## **CHAPITRE II**

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

#### **Article 4**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas.

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

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

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

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

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

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

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

« 4° La rémunération des services rendus ;

« 5° Les produits des aliénations ou immobilisations ;

« 6° Les emprunts et avances ;

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

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

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

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

« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

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

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

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

## **Article 5**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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 permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

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

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

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

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

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

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

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

« Il donne son avis sur :

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

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

« - le règlement intérieur de l'établissement.

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

« À tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

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

« Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. »

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

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

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

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

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

« Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 1° À plus d'un titre ;

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

« 3° S'il est membre du directoire ;

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

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

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

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

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

V. - L'article L. 6143-8 du même code est ainsi rédigé :

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

## **Article 6**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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 directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

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

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

« Après avis du directoire, le directeur :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 6143-7-2.* - Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret. Il élabore, avec le directeur et 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.

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

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

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

« - le directeur, président du directoire ;

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

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

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

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

III. - 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, soit 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 directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. 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 directeur 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 directeur mentionnées aux 1° à 9° et 11° à 14° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article.

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

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

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

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

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

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

## **Article 7**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

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

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article 2, à l'exception des centres hospitaliers universitaires ;

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

« Ces personnes suivent, à l'École des hautes études en santé publique ou dans tout autre organisme adapté, une formation les préparant à leurs nouvelles fonctions. » ;

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. 6143-7-1-1 du code de la santé publique. » ;

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

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

« Le détachement est proposé et le contrat est signé :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article 2 ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7° L'article 116 est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

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

III. - Après l'article L. 313-24-1 du même code, il est inséré un article L. 313-24-2 ainsi rédigé :

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

.....

## Article 8

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

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

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

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

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

« Dans les centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale 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°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et

médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. »

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

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

« *Art. L. 6146-2.* - Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance.

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

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

IV. - 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 n° 61-825 du 29 juillet 1961 de finances rectificative pour 1961. »

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

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

.....

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

*(Texte du Sénat)*

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

.....

## **Article 9**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

« Les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes, sont coordonnées par cette dernière et 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 aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

## **Article 9 bis**

*(Texte du Sénat)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. - 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 n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 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**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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° du même article. Les médecins bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 sont dénommés cliniciens hospitaliers.

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

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

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. »

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

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

VI *ter*. - L'article L. 4121-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre définis aux articles L. 4221-2 à L. 4221-8, ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat ou titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions que les pharmaciens dont les nationalités relèvent du 2° du présent article. »

VI *quater*. - Après l'article L. 4381-3 du même code, il est ajouté un article L. 4381-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4381-4.* - Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, l'autorité compétente peut également, après avis d'une commission, autoriser individuellement les ressortissants d'un État non membre de la Communauté européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen à exercer les professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13.

« Ils doivent être titulaires d'un titre de formation obtenu dans un État, membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et leur expérience professionnelle doit être attestée par tout moyen.

« Le nombre maximum de demandeurs susceptibles d'être autorisés à exercer est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Les autorisations sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France. »

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. Les personnes ayant obtenu en France un diplôme interuniversitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au-delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées en France au cours des deux années précédant la publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires sont réputées avoir satisfait à l'exigence 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° Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

3° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

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

VIII. - 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 10 bis**

*(Texte du Sénat)*

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

### **Article 11**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

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

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

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

### CHAPITRE III

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

#### **Article 12**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

« *CHAPITRE II*

#### **« Communautés hospitalières de territoire**

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

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

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

« *Art. L. 6132-2.* - La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements après avis de leurs conseils de surveillance ou, dans le cas visé au 3<sup>o</sup> *bis* de l'article L. 6143-1, par les conseils de surveillance des établissements.

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

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

« La convention de communauté hospitalière de territoire définit :

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

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

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

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

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

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

« La désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements parties à la convention. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

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

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Lorsque de tels transferts ont lieu, l'établissement initialement titulaire de la compétence ou de l'autorisation peut transférer, après information de son comité technique d'établissement, les emplois afférents. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusqu'alors les activités considérées et assure la responsabilité afférente aux autorisations.

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

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

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

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

« Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes, ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

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

« *Art. L. 6132-9 à L. 6132-15.* - Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire.....

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

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

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

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

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

### **Article 13**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

« *CHAPITRE III*

« *Groupements de coopération sanitaire*

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

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

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

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

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

« Ce groupement poursuit un but non lucratif.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au *d* du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au *d* du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

« Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 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* du même article L. 162-22-6, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.

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

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

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

III. - Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public. Jusqu'à cette transformation, ils restent régis par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

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

IV *bis.* - 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 assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;

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

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

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

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

« 1° De conclure une convention de coopération ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 13 bis A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

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

### **Article 13 bis B**

*(Texte du Sénat)*

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

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

2° Le 3° est ainsi rédigé :

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

### **Article 13 bis C**

*(Texte du Sénat)*

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

.....

### **Article 13 quater A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

### **Article 13 quater**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

### **Article 13 quinquies**

*(Texte du Sénat)*

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

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

### **Article 13 sexies**

*(Texte du Sénat)*

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

### **Article 13 septies**

*(Texte du Sénat)*

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

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

### **Article 13 octies**

*(Texte du Sénat)*

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

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

### **Article 13 nonies**

*(Texte du Sénat)*

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

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

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

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

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

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

« Ces conventions sont révisées tous les cinq ans. »

### **Article 13 *decies***

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

## **TITRE II**

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

#### **Article 14**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

« *CHAPITRE 1<sup>ER</sup> BIS*

#### **« Organisation des soins**

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

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

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

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

« 4° L'éducation pour la santé.

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

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

III. - 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 PRÉLIMINAIRE*

« *Médecin généraliste de premier recours*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. - *Supprimé par la commission mixte paritaire.....*

**Article 14 bis A**

*(Texte du Sénat)*

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

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient

recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

### **Article 14 bis**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

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

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

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

II. - Une expérimentation est menée dans une région connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse tendant à

autoriser les pharmaciens d'officines ayant reçu une formation spécifique, à délivrer pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception œstroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans, dans des conditions définies par voie réglementaire.

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

*(Texte du Sénat)*

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

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

II. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

#### **Article 14 *quater***

*(Texte du Sénat)*

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

« *CHAPITRE III TER*

« ***Pôles de santé***

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

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

## **Article 14 quinquies A**

*(Texte du Sénat)*

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

« *CHAPITRE III QUATER*

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

« *Art. L. 6323-5.* - Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. »

.....

## **Article 15**

*(Texte du Sénat)*

I et I *bis.* - *Supprimés*.....

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

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

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

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

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.

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

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

III. - 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 15 bis AA**

*(Texte du Sénat)*

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

### **Article 15 bis A**

*(Texte du Sénat)*

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

### **Article 15 bis**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

« *Art. L. 632-6.* - Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans. Pendant la durée de cet engagement, qui n'équivaut pas à une première installation à titre libéral, ceux qui exercent leurs fonctions à titre libéral pratiquent les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

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

« Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice où le schéma visé à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.

« Les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une fraction des frais d'études engagés. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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

II. - L'article L. 632-6 du code de l'éducation est applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010.

### **Article 15 ter**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

### **Article 15 quater**

*(Texte du Sénat)*

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

- 1° Vingt pour les professeurs des universités de médecine générale ;
- 2° Trente pour les maîtres de conférence des universités de médecine générale ;
- 3° Cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

### **Article 16 A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique, après les mots : « à l'article L. 162-22-14 du même code », sont insérés les mots : « , des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales, ».

Au même article, après la référence : « L. 174-1 », les mots : « du même code » sont remplacés par les mots : « du code de la sécurité sociale » ».

### **Article 16**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

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

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

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

*I bis. - Supprimé par la commission mixte paritaire.....*

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

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

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

III et IV. - Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire.....

V. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

VI. - Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

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

#### « CHAPITRE V

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

« *Art. L. 6315-1.* - La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret.

« Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé. »

### **Article 16 bis**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

2. La section 5 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est abrogée.

I B. - L'article L. 1111-15 du code de la santé publique tel qu'il résulte du I A est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Le dernier alinéa est supprimé.

I. - Après l'article L. 1111-19 du code de la santé publique tel qu'il résulte du I A, il est inséré un article L. 1111-20 ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

## **Article 17**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

« *LIVRE PRÉLIMINAIRE*

« *DISPOSITIONS COMMUNES*

« *TITRE I<sup>ER</sup>*

« *COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ*

« *CHAPITRE UNIQUE*

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

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

« *Art. L. 4011-2.* - Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 17 bis**

*(Texte du Sénat)*

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

1° Les premier et deuxième alinéas sont supprimés ;

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

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

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

II. - L'article L. 2323-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 2323-3.* - Les modalités d'application du présent chapitre, et notamment les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums, sont déterminées par décret. »

### **Article 17 *ter***

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de cette contribution forfaitaire. » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

II. - Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Avant cette date, les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale peuvent définir des dérogations à l'obligation prévue à l'article L. 161-35 du même code, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels.

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

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

IV. - À défaut de conclusion avant le 15 octobre 2009 d'un avenant conventionnel, pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifie à cet effet, pendant un délai de quatre mois, les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté modifie également les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer.

## **Article 18**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

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

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

« En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1.

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

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

1° Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

### **Article 18 bis**

*(Texte du Sénat)*

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

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

« Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

### **Article 18 ter**

*(Texte du Sénat)*

I. - Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-19.* - Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

« L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées. »

II. - *Supprimé*.....

### **Article 18 quater A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au

patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue aux articles R. 5211-21 à R. 5211-24 dans des conditions fixées par décret.

« 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. »

### **Article 18 quater B**

.....*Supprimé par la commission mixte paritaire*.....

.....

### **Article 19**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I A. - Le chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

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

« *Art. L. 4133-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

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

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

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

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

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

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

II. - Après le titre I<sup>er</sup> du livre préliminaire de la quatrième partie du même code tel qu'il résulte de l'article 17, il est inséré un titre II ainsi rédigé :

« *TITRE II*

« **GESTION DES FONDS DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« Art. L. 4021-1. - La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.

« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu et est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés participant aux actions de développement professionnel continu.

« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu peut comporter des sections spécifiques à chaque profession.

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

III. - A. - L'alinéa unique des 14° de l'article L. 162-5, 3° des articles L. 162-14 et L. 162-16-1, 2° des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 et 7° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

B. - Après le 7° de l'article L. 162-9 du même code, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

IV. - L'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.

V A. - Le chapitre III du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

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

« *Art. L. 4143-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes.

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

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

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

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

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

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

VI A. - Le chapitre VI du titre III du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

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

« *Art. L. 4236-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les pharmaciens tenus pour exercer leur art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7.

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

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

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

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

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

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

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

VII A. - Le chapitre III du titre V du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

VII. - L'article L. 4153-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4153-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes. »

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 4153-4.* - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux sages-femmes salariées d'assumer leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

IX. - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 4133-1, L. 4143-1 et L. 4236-1 ».

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

X. - Aux articles L. 6155-1 et L. 6155-4 du même code, le mot : « biologistes, » est supprimé.

X *bis.* - Le chapitre V du titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du même code est intitulé : « Développement professionnel continu ».

X *ter.* - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « formation continue » sont remplacés par les mots : « développement professionnel continu ».

X *quater.* - Au premier alinéa de l'article L. 6155-4 du même code, les mots : « à la formation continue » sont remplacés par les mots : « au développement professionnel continu » et les mots : « telle qu'elle est organisée » sont remplacés par les mots : « tel qu'il est organisé ».

XI. - Les articles L. 6155-2, L. 6155-3 et L. 6155-5 du même code sont abrogés.

XII A. - Le chapitre II du titre IV du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

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

« *Art. L. 4242-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

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

XIII A. - Le chapitre II du titre VIII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

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

« *Art. L. 4382-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la

prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

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

XIV. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens et les droits et obligations contractés par l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu font l'objet d'une convention entre ces deux organismes. Si, à cette date, l'exécution du budget de l'organisme gestionnaire conventionnel présente un résultat excédentaire, l'excédent constaté est intégralement reversé aux caisses nationales d'assurance maladie signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 du même code. Si, dans un délai de six mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la convention entre les organismes n'a pas été signée, il revient au ministre chargé de la santé d'opérer les opérations nécessaires au transfert.

Ce transfert est effectué à titre gratuit et ne donne lieu ni à indemnité, ni à perception de droits ou taxes, ni à versement de salaires ou honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Article 19 bis B**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

### **Article 19 bis**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

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

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

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

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

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

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

4° Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Sanctions administratives*

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

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

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

**Article 19 *ter***

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « et notamment les conditions nécessaires de moralité, d'indépendance et de compétence ».

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

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

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

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

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

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Faute pour les personnes intéressées d'avoir régulièrement frappé d'appel une décision d'inscription, le conseil national peut, dans un délai de trois mois à compter de l'expiration du délai d'appel, retirer cette décision lorsque celle-ci repose sur une inexactitude matérielle ou une erreur manifeste d'appréciation des conditions auxquelles est subordonnée l'inscription. »

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

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

III. - À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4113-14 du même code, les mots : « ou un état pathologique du professionnel » sont remplacés par les mots : « , un état pathologique ou l'insuffisance professionnelle du praticien ».

IV. - L'article L. 4122-2 du même code est ainsi modifié :

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

« La cotisation doit être réglée au cours du premier trimestre de l'année civile en cours. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, le mot : « surveillance » est remplacé par les mots : « valide et contrôle » ;

3° Après le mot : « départementaux », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « . Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. » ;

4° Après l'avant-dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par le règlement de trésorerie élaboré par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales.

« Les conseils doivent préalablement l'informer de la création et lui rendre compte de la gestion de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

V. - La deuxième phrase du IV de l'article L. 4122-3 du même code est supprimée.

VI. - Après l'article L. 4122-4 du même code, il est inséré un article L. 4122-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4122-5.* - Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil national et la durée des mandats de ses membres. »

VII. - L'article L. 4123-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental et la durée des mandats de ses membres. »

VIII. - À la fin de l'article L. 4123-5 du même code, les mots : « depuis au moins trois ans » sont supprimés.

IX. - L'article L. 4123-6 du même code est abrogé.

X. - Au premier alinéa de l'article L. 4123-8 du même code, les mots : « , également renouvelables par tiers tous les deux ans, » sont supprimés.

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

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

XII. - L'article L. 4124-4 du même code est abrogé et au premier alinéa de l'article L. 4126-6 du même code, la référence : « L. 4124-4, » est supprimée.

XIII. - Après l'article L. 4124-6 du même code, il est inséré un article L. 4124-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4124-6-1.* - Lorsque les faits reprochés à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application de l'article L. 4124-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation telle que

définie par l'article L. 4133-1 pour les médecins, L. 4143-1 pour les chirurgiens-dentistes et L. 4153-1 pour les sages-femmes.

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

XIV. - La deuxième phrase du IV de l'article L. 4124-7 du même code est supprimée.

XV. - L'article L. 4124-8 du même code est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « du conseil départemental de l'ordre intéressé » sont remplacés par les mots : « de la chambre compétente » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque la demande a été rejetée par une décision devenue définitive, elle ne peut être représentée qu'après un délai de trois années à compter de l'enregistrement de la première requête à la chambre disciplinaire de première instance. »

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

XVII. - Après l'article L. 4125-3 du même code, il est inséré un article L. 4125-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4125-3-1.* - Les fonctions de membre d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président et les membres du bureau d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre peuvent bénéficier d'une indemnité.

« Les membres d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national peuvent également percevoir des indemnités.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national.

« Les modalités d'attribution des indemnités mentionnées aux deuxième et troisième alinéas sont fixées par décret. »

XVIII. - Au deuxième alinéa de l'article L. 4125-4 du même code, le mot : « tiers » est remplacé par le mot : « moitié », et les mots : « trois, six ou neuf ans ou de deux, quatre ou six » sont remplacés par les mots : « trois ou six ».

XIX. - L'article L. 4132-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « quarante et un » sont remplacés par les mots : « cinquante et un » ;

2° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, le mot : « Trente-trois » est remplacé par le mot : « Quarante-six » ;

b) Le a est complété par les mots : « hors Île-de-France » ;

c) Le début du b est ainsi rédigé : « b) Pour la région Île-de-France, douze membres, répartis... (*le reste sans changement*). » ;

d) Après le b, il est inséré un b bis ainsi rédigé :

« b bis) Deux membres supplémentaires pour le ressort territorial de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et deux pour le ressort territorial de la région Rhône-Alpes ; »

e) Au c, le mot : « deux » est remplacé, par deux fois, par le mot : « neuf » ;

3° Le 4° est abrogé.

XX. - L'article L. 4132-2 du même code est abrogé.

XXI. - L'article L. 4132-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « , des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « sur les comptes du conseil national de l'ordre » sont remplacés par les mots : « sur les comptes du conseil national, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La commission peut s'adjoindre les services et compétences techniques extérieurs au conseil de l'ordre qui lui sont nécessaires. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les fonctions de président de la commission de contrôle des comptes et placements financiers du Conseil national de l'ordre des médecins sont incompatibles avec toutes fonctions exécutives au sein d'un conseil national, régional, interrégional ou départemental. »

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

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

2° et 3° Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire....

XXIII. - Les trois derniers alinéas de l'article L. 4142-1 du même code sont supprimés.

XXIV. - L'article L. 4142-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4142-5.* - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXV. - Le dernier alinéa de l'article L. 4152-1 du même code est supprimé.

XXVI. - L'article L. 4152-4 du même code est abrogé.

XXVII. - L'article L. 4152-8 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4152-8.* - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXVIII. - L'article L. 4221-19 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les cocontractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4234-6. »

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

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

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

XXX. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4231-4 du même code est ainsi rédigé :

« La durée du mandat des membres élus ou nommés du conseil national de l'ordre est de six ans. Le conseil national est renouvelable par moitié tous les trois ans. »

XXXI. - L'article L. 4231-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4231-5.* - Le conseil national élit en son sein un bureau de neuf membres, composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et de six conseillers. Parmi ces neuf membres figurent au moins deux pharmaciens titulaires d'officine et un pharmacien de chacune des autres sections de l'ordre.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil national et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil national. »

XXXII. - Après l'article L. 4231-6 du même code, il est inséré un article L. 4231-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4231-7.* - Après avis des conseils centraux, le conseil national vote le budget général de l'ordre destiné à couvrir les frais d'installation et de fonctionnement des différents conseils et délégations ordinaires, ainsi que leurs frais communs.

« Le conseil national fixe le montant de la cotisation annuelle obligatoire demandée à chaque personne physique ou morale inscrite aux tableaux en fonction de sa catégorie. Il recouvre cette cotisation qui doit être acquittée dans les trente jours de son appel.

« Aucune cotisation n'est due par les réservistes sanitaires dès lors qu'ils n'exercent la profession qu'à ce titre.

« Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession pharmaceutique ainsi que les œuvres d'entraide.

« Le conseil national contrôle la gestion des conseils centraux et régionaux de l'ordre des pharmaciens. Il peut demander tout document qui lui semble nécessaire à ce contrôle.

« Ces modalités de contrôle sont fixées dans le règlement budgétaire et comptable de l'ordre édicté par le conseil national, après avis des conseils centraux, applicable à l'ensemble des instances ordinales.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes de l'ordre des pharmaciens. »

XXXIII. - L'article L. 4232-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « trois » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le conseil central élit en son sein un bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et d'au moins deux autres conseillers. Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bureau prépare les délibérations du conseil central et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil central. »

XXXIV. - L'article L. 4232-6 du même code est ainsi modifié :

1° Au 1°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au 3°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six », et après la deuxième occurrence des mots : « cent cinquante pharmaciens d'officine », sont insérés les mots : « , cinq pour le département du Nord » ;

3° Les deux derniers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil régional élit en son sein un bureau composé d'au moins trois membres dont un président, un vice-président et un trésorier. Ce bureau comprend au moins un élu de chacun des départements de la région.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil régional et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil régional. »

XXXV. - L'article L. 4232-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Douze pharmaciens inscrits au tableau de la section B, élus par ces pharmaciens. » ;

3° Le 4° est abrogé.

XXXVI. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-8 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-9 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVIII. - L'article L. 4232-11 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « un ou plusieurs délégués » sont remplacés par les mots : « pour six ans un délégué unique ou plusieurs délégués et un président de délégation » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

XXXIX. - À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 4232-12 du même code, les mots : « motivée si les garanties de moralité » sont remplacés par les mots : « écrite motivée si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance ».

XL. - À la première phrase de l'article L. 4232-13 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XLI. - L'article L. 4232-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil central de la section E est composé de membres nommés ou élus pour six ans.

« Le conseil central de la section E comprend :

« 1° Les présidents des délégations et les délégués uniques prévus à l'article L. 4232-11 ;

« 2° Les représentants prévus à l'article L. 4232-13 ;

« 3° Un pharmacien inspecteur de santé publique représentant à titre consultatif le ministre chargé de la santé. » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « pleins » est supprimé.

XLII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-15 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XLIII. - L'article L. 4232-15-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le nombre : « quatorze » est remplacé par le nombre : « seize » et le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « six » ;

2° Au 3°, le nombre : « douze » est remplacé par le nombre : « quatorze » et il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« - au moins un pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur d'un service départemental d'incendie et de secours et au moins un radiopharmacien. »

XLIV. - Les cinq premiers alinéas et le dernier alinéa de l'article L. 4233-4 du même code sont supprimés.

XLV. - Après l'article L. 4233-4 du même code, il est inséré un article L. 4233-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4233-5.* - Les fonctions de membre du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation de la section E sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président, le vice-président, le trésorier d'un conseil, les membres du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation peuvent bénéficier d'indemnités dont les modalités d'attribution sont fixées par décret.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national. »

XLVI. - Au dernier alinéa de l'article L. 4234-1 du même code, les mots : « sa section permanente » sont remplacés par les mots : « son bureau ».

XLVII. - Après l'article L. 4234-6 du même code, il est inséré un article L. 4234-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4234-6-1.* - Lorsque les faits reprochés au pharmacien ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre de discipline peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application des 1° à 4° de l'article L. 4234-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation dans les conditions de l'article L. 4236-1.

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

XLVIII. - Dispositions transitoires.

1. Pour l'ordre national des médecins :

- les membres titulaires et suppléants du conseil national et des conseils départementaux sont répartis en trois fractions numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon la date de leur élection et l'ordre chronologique d'échéance de leur mandat de six ans ;

- le mandat des membres de la première fraction venant à échéance après la publication de la présente loi est prorogé pour une durée de deux ans ;

- les membres de la deuxième fraction sont, après tirage au sort effectué en séance plénière par l'instance nationale ou départementale à laquelle ils appartiennent, répartis en deux groupes égaux ou, le cas échéant, par moitié arrondie au nombre entier inférieur le plus proche. Le mandat des conseillers du premier groupe n'est pas modifié. Le mandat des conseillers du second groupe est prorogé pour une durée de trois ans ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième fraction et le second renouvellement, concernant les membres du second groupe constitué à l'alinéa précédent et ceux de la troisième fraction, dont le mandat est prorogé d'un an, interviendra trois ans plus tard ;

- les élections dont la date a été annoncée avant la publication de la présente loi se poursuivent selon la procédure en vigueur à la date de l'annonce.

2. Pour l'ordre national des sages-femmes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

- le mandat du conseiller national élu en 2004 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2006 n'est pas modifié et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2008 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2015 ;

*b)* Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- les conseils départementaux sont composés de trois séries de candidats ayant un mandat de six ans. Les séries sont numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon leur prochain renouvellement dans l'ordre chronologique ;

- le mandat de la première série est prolongé pour une durée de deux ans ;

- pour les conseillers de la deuxième série, le bureau du conseil départemental répartit par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié. Le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort n'est pas modifié. Le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort est prolongé pour une durée de trois ans ;

- le mandat des conseillers de la troisième série est prolongé pour une durée d'un an ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième série et le second renouvellement trois ans plus tard.

3. Pour l'ordre national des chirurgiens-dentistes :

*a)* Pour le renouvellement du conseil national :

- pour les conseillers élus en 2009, le bureau du conseil national répartit par tirage au sort, en séance publique, les quatre sièges qui auront un mandat de six ans qui prendra fin en 2015 et les trois sièges qui auront un mandat de trois ans qui prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers élus en 2005 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers élus en 2007 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2015 ;

- le premier renouvellement par moitié du conseil national aura lieu en 2012 et le second en 2015 ;

*b)* Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- pour les conseillers qui seront élus en 2010, le bureau de chaque conseil départemental répartit par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié ;

- le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort est d'une durée de trois ans et prendra fin en 2013 ;

- le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort n'est pas modifié et prendra fin en 2016 ;

- le mandat des conseillers élus en 2006 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2013 ;

- le mandat des conseillers élus en 2008 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2016 ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils aura lieu en 2013 et le second en 2016.

#### 4. Pour l'ordre national des pharmaciens :

- la durée des mandats de conseillers ordinaires élus ou nommés en 2007 est portée à cinq ans ;

- la durée des mandats des conseillers ordinaires élus en 2009 pour remplacer des conseillers élus en 2007 est portée à trois ans ;

- les autres conseillers élus ou nommés en 2009 ont un mandat de six ans ;

- les bureaux élus en mai ou juin 2009 ont un mandat de trois ans ;

- les membres du conseil central de la section B élus en 2007 ou en 2009 conserveront leur mandat, respectivement, jusqu'en juin 2012 ou juin 2015 ;

- après tirage au sort suivant l'élection des membres du conseil central H mentionnés au 2° du XLIII du présent article, les mandats de ces membres viendront à échéance, respectivement, en juin 2012 ou juin 2015.

### **Article 19 quater**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir la communication.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. »

I *bis*. - À l'article L. 4311-16 du même code, le mot : « légales » est remplacé par les mots : « de compétence, de moralité et d'indépendance ».

I *ter*. - Les deuxième et dernier alinéas de l'article L. 4312-1 du même code sont ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

« Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'État. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. »

II. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

III. - Le II de l'article L. 4312-3 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas, la deuxième phrase du sixième alinéa et les deux derniers alinéas sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental, la durée du mandat des conseillers départementaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

IV. - Le III de l'article L. 4312-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil régional, la durée du mandat des conseillers régionaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

V. - Au deuxième alinéa du IV du même article, après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 ».

VI. - Le dernier alinéa du II de l'article L. 4312-7 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux ainsi que départementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte du fonctionnement et de la gestion de tous les organismes qui dépendent d'eux.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

VI bis. - Le II de l'article L. 4312-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « unique » est supprimé ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession d'infirmier ou à une

insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. »

VII. - Le III du même article est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil national, la durée du mandat des conseillers nationaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

VIII. - À l'article L. 4312-9 du même code, la référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

VIII *bis*. - Aux articles L. 4312-2 à L. 4312-5 et L. 4312-7 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux »

IX. - L'article L. 4321-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie. » ;

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

« L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »

X. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

XI. - L'article L. 4321-16 du même code est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils départementaux ou interdépartementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinaires. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national.

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de masseur-kinésithérapeute ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux ou interdépartementaux par une délibération en séance plénière. ».

XII. - L'article L. 4321-19 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4123-17 », sont insérés les mots : « , premier alinéa, » ;

2° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

3° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

XII *bis*. - Aux articles L. 4321-10, L. 4321-14 et L. 4321-16 à L. 4321-18 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux ».

XIII. - L'article L. 4322-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent au tableau tenu par l'ordre et peuvent en obtenir copie. » ;

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

« L'ordre national des pédicures-podologues a un droit d'accès aux listes nominatives des pédicures-podologues employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des pédicures-podologues au tableau tenu par l'ordre. »

XIV. - L'article L. 4322-9 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du dernier alinéa est remplacée par cinq phrases ainsi rédigées :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinaires. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés:

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national.

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de pédicure-podologue ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils régionaux par une délibération en séance plénière. »

XV. - L'article L. 4322-12 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

2° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

XV bis. - Aux articles L. 4322-7, L. 4322-9 à L. 4322-12 du même code, après les mots : « conseil régional » et les mots : « conseils régionaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interrégional » et les mots : « ou interrégionaux ».

XV ter. - À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des sages-femmes » sont remplacés par les mots : « , des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues ».

XVI. - Dispositions transitoires :

Le mandat des membres des conseils départementaux, régionaux et national de l'ordre national des infirmiers en cours à la date de publication de la présente loi est prolongé comme suit :

- a) Les mandats de deux ans sont portés à trois ans ;
- b) Les mandats de quatre ans sont portés à six ans ;
- c) Les mandats des présidents élus avant la même date sont portés à trois ans.

### **Article 19 quinquies**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - L'article L. 4383-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de l'État dans la région contrôle également les établissements de formation agréés en application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Les agréments peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions réglementaires régissant le suivi des programmes et la

qualité de la formation, et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces établissements. »

II. - Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée, après le mot : « préparatoires », sont insérés les mots : « qui doivent être au minimum de 3 520 heures ».

### **Article 19 *sexies***

*(Texte du Sénat)*

I. - L'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, après le mot : « institutions », sont insérés les mots : « et les professionnels », et les mots : « quelle que soit leur nature » sont remplacés par les mots : « quel que soit leur statut » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « et aux cabinets d'exercice libéral des professionnels mentionnés au deuxième alinéa du I » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « ou organismes » sont remplacés par les mots : « , organismes ou professionnels ».

II. - L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « aux professions de santé, », sont insérés les mots : « aux ostéopathes et aux chiropracteurs, » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article. »

### **Article 19 *septies***

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Règles communes liées à l'exercice de la profession » ;

2° L'article L. 4113-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-1.* - Sont tenus de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé :

« 1° Les titulaires des diplômes, certificats ou titres requis pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme

avant leur entrée dans la profession, ainsi que ceux qui n'exercent pas mais ont obtenu leurs diplômes, certificats ou titres depuis moins de trois ans ;

« 2° Les internes en médecine et en odontologie, ainsi que les étudiants dûment autorisés à exercer à titre temporaire la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme, ou susceptibles de concourir au système de soins au titre de leur niveau de formation, notamment dans le cadre de la réserve sanitaire.

« L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leurs diplômes, certificats, titres ou niveau de formation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence, de niveau de formation ou de situation professionnelle.

« Pour les personnes ayant exercé la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

« La procédure prévue au présent article est sans frais.

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

3° Après l'article L. 4113-1, sont insérés deux articles L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4113-1-1.* - Les organismes, notamment de formation, délivrant les formations, diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4113-1 transmettent au service ou à l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé des informations certifiées concernant les diplômes, certificats, titres ou attestations de formation délivrés aux personnes susceptibles d'exercer l'une des professions médicales.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du premier alinéa, notamment les catégories d'informations concernées et la date à laquelle ce dispositif est mis en œuvre.

« *Art. L. 4113-1-2.* - Lorsqu'elles sont disponibles, les informations certifiées mentionnées à l'article L. 4113-1-1 tiennent lieu de pièces justificatives pour l'accomplissement des obligations prévues à l'article L. 4113-1. »

## **Article 19 *octies***

*(Texte du Sénat)*

I. - Au premier alinéa de l'article L. 4243-1 du code de la santé publique, après les mots : « préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « et de préparateur en pharmacie hospitalière ».

II. - Au premier alinéa de l'article L. 4243-2 du même code, après les mots : « de préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « ou de préparateur en pharmacie hospitalière », et les mots : « cette profession » sont remplacés par les mots : « ces professions ».

### **Article 19 *nonies***

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Le chapitre III du titre IV du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par les articles L. 4343-3 et L. 4343-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4343-3.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé refuse l'inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions légales exigées pour l'exercice des professions d'orthophoniste ou d'orthoptiste ou s'il est frappé soit d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession en France ou à l'étranger, soit d'une suspension prononcée dans les conditions prévues à l'article L. 4311-26.

« Toutefois, lorsque le demandeur est frappé d'une interdiction d'exercer la profession dans un autre pays qu'un État membre de la Communauté européenne ou autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, il peut être autorisé à exercer cette profession en France par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« *Art. L. 4343-4.* - S'il apparaît que le demandeur est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereux l'exercice de sa profession, le directeur général de l'agence régionale de santé refuse l'inscription sur la liste. »

### **Article 20**

*(Texte du Sénat)*

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, toutes mesures relevant du domaine de la loi, réformant les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et visant à :

1° Harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;

2° Mieux garantir la qualité des examens de biologie médicale, notamment en mettant en place une procédure d'accréditation des laboratoires ;

3° Définir les missions du biologiste, du laboratoire de biologie médicale et du personnel technique dans le cadre du parcours de soins du patient, en assurant l'efficacité des dépenses de santé ;

4° Instituer les mesures permettant d'assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité du laboratoire de biologie médicale ;

6° *Supprimé*.....

7° Adapter les missions et prérogatives des agents habilités à effectuer l'inspection des laboratoires de biologie médicale ;

8° Adapter le régime des sanctions administratives et pénales ;

9° Disposer que les laboratoires de biologie médicale privés doivent être exploités en nom propre ou sous la forme d'organismes à but non lucratif, de sociétés civiles professionnelles régies par la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles ou de sociétés d'exercice libéral régies par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, ou de sociétés coopératives régies par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération. Les sociétés anonymes et les sociétés à responsabilité limitée qui, à la date de publication de la présente loi, exploitent un laboratoire de biologie médicale dans les conditions fixées à l'article L. 6212-4 du code de la santé publique devront, dans le délai d'un an suivant la publication de la loi ratifiant l'ordonnance prévue au présent article, transférer cette exploitation à une société ou à un organisme relevant de l'une des catégories mentionnées au présent alinéa.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

## **Article 21**

*(Texte du Sénat)*

I. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour compléter la transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition, en veillant notamment, en concertation avec les professionnels, à justifier très précisément toute levée des options en matière de libre prestation de services.

I *bis*. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour adapter les dispositions des articles L. 4113-1, L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 du code de la santé publique à la profession de pharmacien ainsi qu'aux autres professions de santé.

II. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de dix mois à compter de la publication de la présente loi, les dispositions nécessaires à la transposition de la directive 2007/47/CE du Parlement et du Conseil, du 5 septembre 2007, modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition.

III. - Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

#### **Article 21 bis A**

*(Texte du Sénat)*

L'article L. 4212-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4212-7.* - Le fait de distribuer ou de mettre à disposition du public des médicaments à usage humain collectés auprès du public et non utilisés est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. »

#### **Article 21 bis B**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

L'article L. 6153-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce décret précise notamment les conditions dans lesquelles les internes peuvent bénéficier du temps partiel thérapeutique. »

#### **Article 21 bis C**

*(Texte du Sénat)*

L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 4° *bis*, les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études qui pourront aboutir, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, à une baisse de prix du médicament concerné, fixée exclusivement sur la base des conséquences entraînées pour l'assurance maladie par la non-réalisation des études » sont supprimés ;

2° Au 5°, les références : « aux 3°, 4° et 4° *bis* » sont remplacées par les références : « aux 3° et 4° » ;

3° Après le douzième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4 *bis*, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. » ;

4° Au treizième alinéa, après les mots : « La pénalité », sont insérés les mots : « , prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° *bis*, ».

#### **Article 21 *bis***

*(Texte du Sénat)*

Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« À compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. La Haute Autorité de santé publie les informations déclarées. »

#### **Article 21 *ter***

*(Texte du Sénat)*

Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »

### **Article 21 quater**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Après l'article L. 4111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4111-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4111-3-1.* - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire à des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été passés à cet effet, signés par les ordres et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, après avis des ordres intéressés, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Ils sont tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France.

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

II. - Au chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre II de la quatrième partie du même code, il est rétabli un article L. 4221-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4221-7.* - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire à des pharmaciens titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été passés à cet effet, signés par les ordres et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, après avis de l'ordre, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Ils sont tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France.

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

III. - Au chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III de la quatrième partie du même code, sont insérés deux articles L. 4381-1-1 et L. 4381-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4381-1-1.* - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire aux titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France des professions citées au présent livre ainsi que

de celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été conclus à cet effet, signés par les ordres, lorsqu'ils existent, et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dont les conditions sont fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

« *Art. L. 4381-1-2.* - Sous réserve de réciprocité et sous réserve qu'un accord international ait été ratifié en ce sens, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans un État non membre de la Communauté européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice des professions citées au présent livre ainsi que de celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13 peuvent être autorisés à exercer leur profession en France. Cette autorisation est délivrée par le ministre chargé de la santé si des accords ou traités prévoyant l'accès à l'exercice professionnel ont été conclus et si les qualifications professionnelles des demandeurs sont reconnues comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

### **Article 21 *quinquies***

*(Texte du Sénat)*

I. - L'article L. 5124-14 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5124-14.* - La société anonyme dénommée "Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies" exerce des activités de recherche, de production et de commercialisation de médicaments à usage humain et notamment des médicaments dérivés du sang, des médicaments susceptibles de se substituer aux médicaments dérivés du sang et des produits de santé issus des biotechnologies. Son capital est détenu en majorité par l'État ou par ses établissements publics.

« Ses activités relatives à la fabrication des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, issus du fractionnement du plasma, sont exercées exclusivement par une filiale, au sens de l'article L. 233-1 du code de commerce, créée à cet effet.

« Le capital de cette filiale est détenu, directement ou indirectement, majoritairement par l'État ou par ses établissements publics.

« Seule cette filiale peut fabriquer des médicaments mentionnés à l'article L. 5121-3 du présent code à partir du sang ou de ses composants collectés par l'Établissement français du sang.

« Cette filiale fractionne en priorité le plasma issu du sang ou de ses composants collectés par l'Établissement français du sang. Pour satisfaire les besoins nationaux, notamment ceux liés au traitement des maladies rares, elle distribue, prioritairement sur le territoire français, les médicaments qui en sont issus.

« Lorsque cette filiale fabrique des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, elle le fait à partir du sang ou de ses composants prélevés dans les conditions définies à l'article L. 1221-3, sauf lorsque des médicaments équivalents en termes d'efficacité ou de sécurité thérapeutiques ne sont pas disponibles en quantité suffisante pour satisfaire les besoins sanitaires ou lorsque leur fabrication nécessite l'utilisation de plasma spécifique ne répondant pas aux conditions du même article.

« Elle peut sous-traiter certaines des étapes concourant à la fabrication de ces médicaments. Toutefois, les médicaments destinés au marché français, fabriqués par cette filiale, sont libérés sous le contrôle de son pharmacien responsable.

« L'Établissement français du sang ne peut pas détenir de participation directe ou indirecte dans la société anonyme "Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies" et dans les sociétés contrôlées par celle-ci, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce. »

II. - *Supprimé*.....

## **Article 21 *sexies***

*(Texte du Sénat)*

I. - Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À son intitulé, après le mot : « sanitaires », il est inséré le mot : « , télémédecine » ;

2° À l'intitulé du titre I<sup>er</sup>, après le mot : « soins », il est inséré le mot : « , télémédecine ».

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

« *CHAPITRE VI*

« *Télémédecine*

« *Art. L. 6316-1.* - La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

« Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

« La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »

III. - Les articles 32 et 33 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sont abrogés.

.....

**Article 21 octies**

*(Texte du Sénat)*

I. - La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale ».

II. - La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Article 21 nonies**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

TITRE III  
**PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE**

**Article 22 A**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

**Article 22 B**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Le livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« *TITRE VII*

« **PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTÉ**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 1171-1. - Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions. »*

**Article 22 C**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

**Article 22 D**

*(Texte du Sénat)*

Un rapport relatif au nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues en France est transmis au Parlement avant le 31 décembre 2010.

**Article 22 E**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Le 13<sup>o</sup> de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ; ».

## **Article 22**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Le livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« *TITRE VI*

« **ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

« *CHAPITRE I<sup>ER</sup>*

« **Dispositions générales**

« *Art. L. 1161-1.* - L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

« Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

« *Art. L. 1161-2.* - Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

« Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

« *Art. L. 1161-3.* - Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 1161-4.* - Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

« *Art. L. 1161-5.* - Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

« Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

« La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage, ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes, sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

« *Art. L. 1161-6.* - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 1161-7 et L. 1161-8.* - Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire.....

## « CHAPITRE II

### « *Dispositions pénales*

« *Art. L. 1162-1.* - Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5.

II. - Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V de la présente partie du même code est complété par un article L. 1521-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1521-7.* - Le titre VI du livre I<sup>er</sup> de la présente partie est applicable dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :

« À l'article L. 1161-2, les mots : "agence régionale de santé" sont remplacés par les mots : "agence de santé" ».

III. - L'article L. 5311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées en application de l'article L. 1161-5. »

IV. - Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre avant la publication de la présente loi ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2011 pour obtenir l'autorisation de ces programmes auprès des agences régionales de santé compétentes.

V. - Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient et sur leurs financements, notamment sur la possibilité d'un fonds national.

### **Article 22 bis A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé, afin de garantir la santé publique, à prendre par ordonnances les mesures nécessaires pour modifier les dispositions du code du sport relatives à la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, afin :

1° De renforcer l'efficacité des dispositifs de protection de la santé des sportifs, ainsi que de lutte contre le dopage et le trafic de produits dopants ;

2° D'assurer la conformité de ces dispositifs avec les principes du code mondial anti-dopage applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 ;

3° *Supprimé par la commission mixte paritaire.....*

II. - Les ordonnances prévues au I devront être prises dans les neuf mois suivant la publication de la présente loi.

Le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication des ordonnances.

### **Article 22 bis**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé :

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi

gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

II *bis*. - Après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d'étendre aux sages-femmes la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, une expérimentation est menée dans une région connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse. Dans le cadre de cette expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuse.

III. - À la deuxième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du même code, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « , une sage-femme ».

IV. - Le II de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « d'un médecin ou d'une sage-femme » ;

2° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

3° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

4° À la deuxième phrase du deuxième alinéa, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « praticien ».

V. - Après le mot : « prescrire », la fin du III de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigée : « les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. »

VI. - Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

.....

## **Article 22 quater A**

*(Texte du Sénat)*

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximum de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4. »

II. - Après l'article L. 4423-2 du même code, il est inséré un article L. 4423-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4423-3.* - Pour l'application de l'article L. 4311-1 dans les îles Wallis et Futuna, les mots : "et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4" sont supprimés. »

III. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »

### **Article 22 quater B**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Après le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement, s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois. »

II. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »

### **Article 22 quater**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

.....

### **Article 22 sexies**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

## **Article 22 septies**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Les deux derniers alinéas de l'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation.

« L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

« Le décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique.

« Le décret en Conseil d'État précise également les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret. »

## **Article 22 octies**

*(Texte du Sénat)*

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 443-10 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-1 peuvent être assumées par l'établissement ou le service de soins. Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-2 sont assumées par l'établissement ou le service de soins. Les accueillants familiaux thérapeutiques employés par cet établissement ou service sont des agents non titulaires de cet établissement ou service. »

## **Article 23**

*(Texte du Sénat)*

I. - Le titre IV du livre III de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3342-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-1.* - La vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité. » ;

2° L'article L. 3342-2 est abrogé ;

3° Après l'article L. 3342-3, il est inséré un article L. 3342-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-4.* - Une affiche rappelant les dispositions du présent titre est apposée dans les débits de boissons à consommer sur place. Un modèle spécifique doit être apposé dans les débits de boissons à emporter. Les modèles et les lieux d'apposition de ces affiches sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

4° L'article L. 3341-2 est abrogé.

II. - L'article L. 3353-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3353-3.* - La vente à des mineurs de boissons alcooliques est punie de 7 500 € d'amende. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, est punie de la même peine.

« Le fait de se rendre coupable de l'une des infractions prévues au présent article en ayant été condamné depuis moins de cinq ans pour un délit prévu au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'une des infractions mentionnées au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus, et celle de l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.

« Les personnes morales coupables de l'une des infractions mentionnées au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal. »

III. - Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

## Article 24

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - L'article L. 3322-9 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

« Sauf dans le cadre de fêtes et foires traditionnelles déclarées, ou de celles, nouvelles, autorisées par le représentant de l'État dans le département dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, il est interdit d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire. » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre dix-huit heures et huit heures, dans les points de vente de carburant.

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans les points de vente de carburant. »

II. - L'article L. 3331-4 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans tous les commerces autres que les débits de boissons à consommer sur place, toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L. 3332-1-1.

« La vente à distance est considérée comme une vente à emporter. »

III. - Le titre V du livre III de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 3351-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fait de vendre des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures sans avoir suivi la formation prévue à l'article L. 3332-1-1 est puni de 3 750 € d'amende. » ;

2° Après l'article L. 3351-6, sont insérés deux articles L. 3351-6-1 et L. 3351-6-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 3351-6-1.* - Le fait de vendre des boissons alcooliques dans un point de vente de carburant en dehors des horaires prévus au quatrième alinéa de l'article L. 3322-9 ou d'y vendre des boissons alcooliques réfrigérées est puni de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa du présent article encourrent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal.

« *Art. L. 3351-6-2.* - Sauf lorsqu'elles sont déclarées ou autorisées dans les conditions prévues à l'article L. 3322-9, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, l'offre à titre gratuit à volonté, dans un but commercial, de boissons alcooliques ainsi que leur vente à titre principal contre une somme forfaitaire sont punies de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa du présent article encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa du présent article encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal.

3° À l'article L. 3351-8, les mots : « de l'article L. 3323-2 ainsi que des règlements pris pour son application » sont remplacés par les mots : « des articles L. 3322-2, L. 3323-2, L. 3323-4 et L. 3323-6 ainsi que des règlements pris pour leur application ».

IV. - Le titre I<sup>er</sup> du livre V de la même partie est ainsi modifié :

1° À l'entrée en vigueur de la disposition réglementaire correspondante, l'article L. 3512-1-1 est abrogé ;

2° L'article L. 3512-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3512-4.* - Les agents mentionnés à l'article L. 1312-1 du présent code, aux articles L. 8112-1, L. 8112-3 et L. 8112-5 du code du travail et au III de l'article L. 231-2 du code rural veillent au respect des dispositions de l'article L. 3511-7 du présent code et des règlements pris pour son application, et procèdent à la recherche et à la constatation des infractions à ces dispositions.

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

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

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

2° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À cet effet, ces fonctionnaires et agents disposent des pouvoirs et prérogatives prévus aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3. »

VI. - Les personnes qui vendent des boissons alcooliques entre vingt-deux heures et huit heures à la date de publication de la présente loi bénéficient d'un délai d'un an pour se conformer à l'obligation de formation prévue à l'article L. 3331-4 du code de la santé publique.

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

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

a) Le chapitre V devient le chapitre VI ;

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

2° Il est rétabli un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*

« ***Saint-Pierre-et-Miquelon***

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

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

.....

**Article 25 bis A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Après l'article L. 3511-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-2-2.* - L'article L. 3335-1 est applicable aux lieux de vente de tabac manufacturé, sans préjudice des droits acquis. »

**Article 25 bis B**

*(Texte du Sénat)*

Au deuxième alinéa de l'article 568 *bis* du code général des impôts, après les mots : « 200 mètres carrés », sont insérés les mots : « ou dans les galeries marchandes attenantes à des supermarchés ou des hypermarchés ».

### **Article 25 bis C**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa de l'article L. 1323-3, les mots : « être titulaires du diplôme de vétérinaire et exercer les fonctions de vétérinaire inspecteur titulaire ou contractuel de l'État ou être titulaires du mandat sanitaire instauré à l'article L. 221-11 du code rural » sont remplacés par les mots : « détenir l'un des diplômes mentionnés à l'article L. 241-2 du code rural » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 1323-6, après le mot : « publics », les mots : « et des vétérinaires spécialisés mentionnés à l'article L. 231-2 du code rural » sont remplacés par les mots : « et des agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;

3° Au 3° de l'article L. 1515-6, les mots : « vétérinaires inspecteurs » sont remplacés par les mots : « agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;

4° Les articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 5146-1.* - Le contrôle de l'application des dispositions du présent titre, ainsi que des mesures réglementaires prises pour leur application, est assuré concurremment par :

« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments dans son domaine de compétence ;

« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;

« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;

« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

« Les agents mentionnés aux 1° et 3° du présent article agissent conformément aux articles L. 1421-1, L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3 et L. 5127-2.

« La consignation prévue à l'article L. 5127-2 peut également porter sur des produits présentant ou susceptibles de présenter un danger pour la santé animale. L'article L. 5425-1 est applicable en cas de mise sur le marché ou d'utilisation de produits consignés en application du présent article.

« *Art. L. 5146-2.* - Ont qualité pour rechercher et constater les infractions aux dispositions du présent titre ainsi qu'aux mesures réglementaires prises pour leur application :

« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ;

« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;

« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;

« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, qui disposent à cet effet des pouvoirs prévus au livre II du code de la consommation.

« Les articles L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3, L. 5411-2 et L. 5411-3 du présent code sont applicables aux agents mentionnés aux 1° et 3° du présent article, habilités et assermentés dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, pour l'exercice de cette mission ».

5° Après l'article L. 5146-2, sont insérés trois articles L. 5146-3 à L. 5146-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 5146-3.* - La compétence territoriale des agents mentionnés au 3° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 peut être étendue à plusieurs départements ou régions.

« *Art. L. 5146-4.* - Les agents mentionnés au 1° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont désignés par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude scientifique et juridique définies par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la santé pour contrôler l'application du présent titre et des mesures réglementaires qui en découlent. Ils sont également chargés du contrôle de l'application des dispositions relatives aux organismes génétiquement modifiés dans le domaine des médicaments vétérinaires.

« Ils peuvent être assistés par des experts désignés par le directeur général de l'agence.

« L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, afin de mener à bien ses missions, peut demander aux ministres chargés de l'agriculture et de la santé de faire intervenir seuls ou conjointement avec les inspecteurs de l'agence des agents de l'État mentionnés à l'article L. 5146-1.

« Lorsqu'ils interviennent à la demande de l'agence, ces agents agissent conformément aux lois et règlements qui leur sont applicables.

« *Art. L. 5146-5.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État. »

## **Article 25 bis D**

*(Texte du Sénat)*

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

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Compétences et prérogatives de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en matière de médicaments vétérinaires » ;

2° Après l'article L. 5145-2, sont insérés deux articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 5145-2-1.* - L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments peut suspendre les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration d'un médicament vétérinaire ou d'une catégorie de médicaments vétérinaires non soumis à une autorisation ou à un enregistrement préalable à leur mise sur le marché ou à leur utilisation, lorsque ces médicaments ou les substances qu'ils contiennent soit présentent ou sont soupçonnés de présenter, dans les conditions normales d'emploi ou dans des conditions raisonnablement prévisibles, un danger pour la santé humaine ou pour la santé animale, soit sont fabriqués, mis sur le marché ou utilisés en infraction aux dispositions législatives ou réglementaires qui leur sont applicables.

« La suspension est prononcée soit pour une durée n'excédant pas un an en cas de danger ou de suspicion de danger, soit jusqu'à la mise en conformité des médicaments en cas d'infraction aux dispositions législatives ou réglementaires.

« L'agence peut interdire ces activités en cas de danger grave ou de suspicion de danger grave pour la santé humaine ou pour la santé animale.

« Elle peut aussi fixer des conditions particulières ou des restrictions pour l'utilisation des médicaments concernés afin de garantir leur sécurité sanitaire.

« *Art. L. 5145-2-2.* - Sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées, lorsqu'un médicament vétérinaire est mis sur le marché ou utilisé sans avoir obtenu l'autorisation ou l'enregistrement préalable exigé par les dispositions législatives ou réglementaires applicables à ce médicament, ou est mis sur le marché ou utilisé en infraction à ces dispositions, l'agence peut suspendre, jusqu'à la mise en conformité du médicament au regard de la législation et de la réglementation en vigueur, les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration de ce médicament vétérinaire. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 5145-5, les mots : « de l'article L. 5145-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 5141-5, L. 5141-9 et L. 5145-6 » ;

4° L'article L. 5145-7 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5145-7.* - Des décrets en Conseil d'État précisent, en tant que de besoin :

« 1° Les règles de procédure applicables en cas de sanction prévue aux articles L. 5145-3 à L. 5145-6, ainsi que les modalités de liquidation de l'astreinte ;

« 2° Les modalités d'application des articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2. »

.....

### **Article 25 quinquies**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Le titre IV du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Toxicovigilance » ;

2° Les articles L. 1341-1 à L. 1341-3 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 1341-1.* - Les personnes responsables de la mise sur le marché de toute substance ou préparation doivent, dès qu'elles en reçoivent la demande, communiquer sa composition aux organismes chargés de la toxicovigilance et à l'organisme compétent mentionné à l'article L. 4411-4 du code du travail.

« Elles doivent, en outre, déclarer aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine induits par cette substance ou préparation dont elles ont connaissance, et conserver les informations y afférentes.

« *Art. L. 1341-2.* - Les professionnels de santé sont tenus de déclarer aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine induits par toute substance ou préparation dont ils ont connaissance.

« *Art. L. 1341-3.* - Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, et notamment :

« 1° Les conditions de désignation et les missions des organismes chargés de la toxicovigilance ;

« 2° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel transmises en application des articles L. 1341-1 et L. 1341-2 ;

« 3° Les conditions de partage des informations entre les organismes responsables des systèmes de vigilance réglementés. » ;

3° L'article L. 1342-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les responsables de la mise sur le marché de substances ou préparations dangereuses définies au 1° de l'article L. 5132-1 et à l'article L. 1342-2 sont tenus d'établir une déclaration unique comportant toutes les informations sur ces substances ou préparations, notamment leur composition, destinées aux organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « au fabricant, à l'importateur ou au vendeur » sont remplacés par les mots : « aux responsables de la mise sur le marché » et les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;

4° L'article L. 1342-3 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le contenu de la déclaration mentionnée à l'article L. 1342-1, les personnes qui y ont accès et les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des informations couvertes par le secret industriel qu'elle comporte ; »

b) Le 2° est complété par les mots : « mentionnées à l'article L. 1342-2 ».

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 1413-4 du même code est complété une phrase ainsi rédigée :

« Il organise la toxicovigilance en s'appuyant sur un réseau comprenant notamment les organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. »

III - L'article L. 1333-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de patients exposés à des fins médicales à des rayonnements ionisants, ayant connaissance d'un incident ou accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'autorité de sûreté nucléaire et au directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice de l'application de l'article L. 5212-2.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé informe le représentant de l'État territorialement compétent dans les conditions prévues à l'article L. 1435-1. »

IV - En l'absence d'agence régionale de santé, les missions attribuées à son directeur général par le III sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

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

1° L'article L. 1413-4 est ainsi modifié :

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

« Les professionnels de santé transmettent à l'institut les données individuelles nécessaires à l'exercice de ses missions dans des conditions préservant la confidentialité de ces données à l'égard des tiers » ;

b) *Supprimé par la commission mixte paritaire.....*

2° Le 1° de l'article L. 1413-16 est ainsi rédigé :

« 1° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des données individuelles transmises à l'Institut de veille sanitaire en application de l'article L. 1413-4 et des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel auxquelles il accède conformément à l'article L. 1413-5 ; ».

.....

### **Article 25 septies**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

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

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 3121-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

2° L'article L. 3121-2-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé. »

## **Article 25 octies A**

*(Texte du Sénat)*

I. - Le 8° de l'article L. 1323-2 du code de la santé publique est complété par six phrases ainsi rédigées :

« Elle assure la mise en œuvre du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. À cette fin, les professionnels de santé lui déclarent sans délai les cas d'effets indésirables induits par ces produits dont ils ont eu connaissance. Les fabricants et les distributeurs participent à ce système de vigilance. Cette obligation est réputée remplie par la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 221-1-3 du code de la consommation. L'agence est tenue informée par les autorités administratives compétentes mentionnées au même article L. 221-1-3. Les fabricants et distributeurs fournissent à la demande de l'agence les informations nécessaires sur la composition de ces produits. »

II. - L'article L. 1323-11 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les conditions d'organisation du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. »

.....

## **Articles 25 decies**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Après l'article L. 3223-3 du code de la santé publique, il est inséré un livre II *bis* ainsi rédigé :

« *LIVRE II BIS*

« ***LUTTE CONTRE LES TROUBLES  
DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE***

« *TITRE UNIQUE*

« ***PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET DU SURPOIDS***

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 3224-1.* - La prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique.

« *Art. L. 3224-2.* - L'État organise et coordonne la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids.

« Art. L. 3224-3. - Les campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids sont validées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

« Art. L. 3224-4. - Ces campagnes doivent également porter sur l'acceptation des personnes obèses ou en surpoids et la lutte contre les discriminations qui leur sont faites. »

### **Articles 25 undecies à 25 quaterdecies**

.....Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire.....

.....

### **Article 25 sexdecies**

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

### **Article 25 septdecies**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Après le 5° de l'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Le maintien à niveau sonore constant des séquences publicitaires ainsi que des écrans qui les précèdent et qui les suivent. »

### **Article 25 octodecies**

*(Texte du Sénat)*

Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la date de publication de la présente loi, toutes mesures afin :

1° D'instituer un nouvel établissement public reprenant l'ensemble des missions exercées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, ainsi que les biens, personnels, droits et obligations de ces agences, notamment les obligations de l'employeur à l'égard des personnels ;

2° D'adapter aux domaines d'activité de cet établissement les règles déontologiques applicables à ses personnels, aux membres de ses conseils et commissions, et aux personnes collaborant occasionnellement à ses travaux, ainsi que les sanctions pénales correspondantes ;

3° De modifier, en tant que de besoin, les codes et les lois non codifiées afin de les mettre en cohérence avec les dispositions qui seront prises en application des 1° et 2°.

Le projet de loi portant ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de cette ordonnance.

TITRE IV  
**ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ**  
CHAPITRE I<sup>ER</sup>  
**Création des agences régionales de santé**

**Article 26 A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « avis », sont insérés les mots : « sur les projets de loi » ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés ».

II. - Après le 3° de l'article L. 211-2 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'État. »

III. - Après le quatrième alinéa de l'article L. 221-3 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'État. »

III *bis*. - Au vingtième aliéna de l'article L. 221-3 du même code, les mots : « douzième », « treizième » et « dix-neuvième » sont remplacés respectivement par les mots : « treizième », « quatorzième » et « vingtième ».

IV. - Les dispositions prévues au II entrent en vigueur à l'échéance des mandats en cours des membres des conseils des caisses primaires d'assurance maladie.

V. - L'article L. 231-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes. »

VI. - Par dérogation à l'article L. 231-2 du même code, le mandat des membres des conseils des caisses primaires appelées à fusionner au 1<sup>er</sup> janvier 2010 expire le 31 décembre 2009.

## **Article 26 B**

*(Texte du Sénat)*

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 182-2-1, il est inséré un article L. 182-2-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 182-2-1-1.* - I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.

« Le contrat d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs.

« Il détermine également les conditions :

« 1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de ce contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;

« 2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. - Le contrat d'objectifs est conclu pour une période minimale de quatre ans.

« Le contrat et, le cas échéant, les avenants qui le modifient sont transmis aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat mentionnées à l'article L.O. 111-9. » ;

2° L'article L. 182-2-3 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les orientations du contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) À la première phrase du neuvième alinéa, les mots : « au 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « au 3°, au 4° et au 7° » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°. » ;

3° L'article L. 182-2-4 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Négocie le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le président et le directeur général signent le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1. »

## **Article 26**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :

« *TITRE III*

« *AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ*

« *CHAPITRE I<sup>ER</sup>*

« *Missions et compétences  
des agences régionales de santé*

« *Art. L. 1431-1.* - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« - des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;

« - des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« - des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code, ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1431-2.* - Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« À ce titre :

« *a)* Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« *b)* Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« *c)* Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

« *d)* Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« À ce titre :

« *a)* Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« *b)* Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code

de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

« *b bis*) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-6 et en évaluent l'efficacité ;

« *c*) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« *d*) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« *d bis*) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« *e*) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-11, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« *f*) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

« *g*) *Supprimé par la commission mixte paritaire.....*

« *Art. L. 1431-3.* - Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

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

« CHAPITRE II

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

« Section 1

« **Organisation des agences**

« *Art. L. 1432-1.* - Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

« Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

« 1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

« 2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

« - dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

« Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

« *Sous-section 1*

« **Directeur général**

« *Art. L. 1432-2.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

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

« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.

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

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

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

« Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

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

« Il peut déléguer sa signature.

« *Sous-section 2*

« **Conseil de surveillance**

« *Art. L. 1432-3. - I. -* Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :

« 1° De représentants de l'État ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.

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

« Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'État dans la région.

« À titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé peut être confiée à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé. Un décret détermine la ou les régions où cette expérimentation est menée.

« Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

« Il approuve le compte financier.

« Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.

« Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.

« II. - Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

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

« 3° S'il est salarié de l'agence ;

« 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;

« 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.

« III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« *Sous-section 3*

« ***Conférence régionale de la santé et de l'autonomie***

« *Art. L. 1432-4.* - La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

« L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

« Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

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

« *Section 2*

« ***Régime financier des agences***

« *Art. L. 1432-5.* - Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.

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

« 1° Une subvention de l'État ;

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

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

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

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

« Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

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

« *Art. L. 1432-7-1.* - L'État peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'État ou les agences régionales de santé.

### « *Section 3*

#### « ***Personnel des agences***

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

« 1° Des fonctionnaires ;

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

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

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

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

« Les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence.

« *Art. L. 1432-9.* - Les emplois de direction des agences régionales de santé ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« *Art. L. 1432-10.* - Il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au deuxième alinéa du dudit article 15 peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail,

sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 2321-1 du même code. Il est doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 4111-2 du même code.

« Les dispositions du chapitre III du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code du travail sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du code du travail, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et, pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives, du livre IV de la deuxième partie du code du travail.

« *Art. L. 1432-11.* - Les modalités d'application de la présente section, notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-10, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

### « CHAPITRE III

#### « **Coordination des agences régionales de santé**

« *Art. L. 1433-1.* - Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

« Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

« Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

« Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

« *Art. L. 1433-2.* - Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.

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

#### « *CHAPITRE IV*

### « *Planification régionale de la politique de santé*

#### « *Section 1*

### « *Projet régional de santé*

« *Art. L. 1434-1.* - Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-15.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« *Art. L. 1434-3.* - Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région.

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

« *Sous-section 1*

« **Schéma régional de prévention**

« *Art. L. 1434-5.* - Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« *Art. L. 1434-5-1.* - Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la caisse nationale du régime social des indépendants et de la caisse centrale de mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention.

« *Sous-section 2*

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

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

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des

populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

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

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-6-1 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 *ter* du code général des impôts.

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

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

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

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

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

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2.

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

« *Art. L. 1434-8.* - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« *Art. L. 1434-9.* - Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Sous-Section 3*

« ***Schéma régional d'organisation médico-sociale***

« *Art. L. 1434-10.* - Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

« *Art. L. 1434-10-1.* - Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2,

L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du même code sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables.

« Section 2

« **Programme pluriannuel régional de gestion du risque**

« Art. L. 1434-11. - Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

« Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque.

« Art. L. 1434-12. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

« *Section 3*

« ***Territoires de santé et conférences de territoire***

« *Art. L. 1434-14.* - L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'État dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

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

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

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

« *CHAPITRE V*

« ***Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé***

« *Section 1*

« ***Veille, sécurité et polices sanitaires***

« *Art. L. 1435-1.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

« Les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

« Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1.

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

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

« L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.

« Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

« Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en cas d'absence ou d'empêchement, à des agents placés sous son autorité.

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

« *Art. L. 1435-2.* - Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.

« Section 2

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

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

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

« *Art. L. 1435-4.* - L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

« Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Les contrats visés au premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.

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

« *Art. L. 1435-5.* - L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 du présent code. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

### « Section 3

#### « *Accès aux données de santé*

« *Art. L. 1435-6.* - L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ainsi que des organismes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment à ceux mentionnés aux articles L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale et L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles. Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. L'agence régionale de santé est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmissions des données issues des établissements de soins et médico-sociaux.

« Les agents de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

« Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Commission nationale de l'informatique et des libertés présente au Parlement un rapport évaluant les conditions d'accès aux données de santé par les agences régionales de santé.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des agences régionales de santé les applications informatiques et les accès à son système d'information nécessaires pour l'exercice de leurs missions. Une convention nationale conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'autorité compétente

de l'État pour le compte des agences régionales de santé fixe le contenu et les conditions de cette mise à disposition et des services rendus.

« *Section 4*

« ***Inspections et contrôles***

« *Art. L. 1435-7.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'État, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code.

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'État territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

« Le représentant de l'État dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection. »

**Article 26 bis A**

*(Texte du Sénat)*

L'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « et celui des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé » ;

2° À la seconde phrase, les mots : « ou par les organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , les organismes locaux ou les agences régionales de santé ».

**Article 26 bis**

*(Texte du Sénat)*

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6121-6 est abrogé ;

2° Après la référence : « L. 6321-1 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 6147-9 est supprimée.

.....

**Article 26 quater**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Avant le 15 septembre 2010, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par régions et déléguée aux agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.

CHAPITRE II

**Représentation des professions de santé libérales**

**Article 27**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Après le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique tel qu'il résulte de l'article 19, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

« TITRE III

« **REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS  
DE SANTÉ LIBÉRALES**

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4031-1. - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 4031-2.* - Les membres des unions régionales des professionnels de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

« Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions.

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.

« Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en trois collèges qui regroupent respectivement :

« 1<sup>o</sup> Les médecins généralistes ;

« 2<sup>o</sup> Les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ;

« 3<sup>o</sup> Les autres médecins spécialistes.

« Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 4031-3.* - Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

« Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.

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

« Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

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

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

II. - Le chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé.

III. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque union régionale des médecins exerçant à titre libéral à l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins du même ressort font l'objet d'une convention entre ces deux instances. À défaut d'accord, le juge judiciaire est saisi à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition.

IV. - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-33.* - Sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience. »

V. - Après l'article L. 162-14-1-1 du même code, il est inséré un article L. 162-14-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-1-2. - I. - La validité des conventions et accords mentionnés à l'article L. 162-5 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.*

« *II. - La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code. »*

VI. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« *L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des trois collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.*

« *L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.*

« *Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »*

VII. - Par dérogation à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi, les enquêtes de représentativité qui doivent être organisées compte tenu des échéances conventionnelles sont reportées jusqu'à la mise en place des unions régionales des professionnels de santé. Les organisations syndicales reconnues représentatives à la date d'entrée en vigueur de la présente loi le restent jusqu'à l'organisation des enquêtes de représentativité suivantes.

### CHAPITRE III

#### **Établissements et services médico-sociaux**

#### **Article 28**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 247-2, le mot : « agrégées » est supprimé ;

1° *bis* La dernière phrase du III de l'article L. 312-1 est complétée par les mots : « et leurs règles de financement et de tarification » ;

2° L'article L. 312-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-3.* - La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue :

« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

« Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au Gouvernement et aux autorités locales concernées.

« La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes communs aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier. » ;

3° L'article L. 312-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5.* - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :

« 1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis

du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;

« 2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :

« a) Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

« b) Aux services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4 ;

« 3° Le directeur général de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique ;

« 4° Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. » ;

4° L'article L. 312-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5-1.* - Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional mentionné au 3° de l'article L. 312-5. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. » ;

4° *bis* Le septième alinéa de l'article L. 313-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif. »

5° L'article L. 313-1-1 devient l'article L. 313-1-2 ;

6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-1-1. - I. -* Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

« Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

« II. - Les opérations de regroupements d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

« Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations. » ;

7° L'article L. 313-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-3. -* L'autorisation est délivrée :

« a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de

l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

« *b*) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, *b* du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article ;

« *c*) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

« *d*) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *b* du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

« *e*) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *c* du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. » ;

8° L'article L. 313-4 est ainsi modifié :

*a*) Au premier alinéa, le mot : « initiale » est supprimé ;

*b*) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ; »

*c*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation. » ;

9° L'article L. 345-3 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

9° *bis* Le premier alinéa de l'article L. 348-4 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre sa personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

10° L'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire, qui comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre. » ;

b) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

11° Après l'article L. 313-12-1, il est inséré un article L. 313-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-2.* - Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

12° L'article L. 313-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-13.* - Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.

« Dans les établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'État, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé, mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L. 133-2 du présent code, dans les conditions définies à cet article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil général et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives.

« Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'État dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

« Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires accueillis dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

« Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ils peuvent, au titre des contrôles mentionnés au présent article et aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, effectuer des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

13° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;

14° Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements médico-sociaux dont l'autorisation relève de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, soit exclusive soit conjointe avec le président du conseil général, les délibérations mentionnées au premier alinéa sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé. Dans ce cas, les compétences du représentant de

l'État dans le département définies au présent article sont exercées par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

15° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est ainsi rédigé :

« L'article L. 344-5 du présent code s'applique également à toute personne handicapée accueillie dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 ou dans un établissement autorisé à dispenser des soins de longue durée, et dont l'incapacité, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 113-1, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret. » ;

16° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. » ;

*a bis)* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n°        du        portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. » ;

b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n°        du        portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. » ;

*c bis*) Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.

« La disposition prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. » ;

*d*) Le *c* du 1<sup>o</sup> est abrogé ;

17<sup>o</sup> Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

*a*) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des aidants familiaux » ;

*b*) Aux *b* du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux » ;

18<sup>o</sup> Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

*a*) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

*b*) Aux *b* du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

19<sup>o</sup> L'article L. 313-26 devient l'article L. 313-27 et il est rétabli un article L. 313-26 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-26.* - Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

« Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

« Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. » ;

20° L'article L. 311-1 est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif les établissements et services privés qui :

« - exercent leurs missions sociales et médico-sociales dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ou exercent leurs missions dans un cadre lucratif mais en ayant conclu une convention d'aide sociale prévue au présent code ;

« - inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, qui décrit les modalités selon lesquelles les établissements et services qu'elle administre organisent leur action en vue de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux émergents ou non satisfaits, d'une part, et de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur, d'autre part ;

« - publient leurs comptes annuels certifiés ;

« - établissent le cas échéant des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées.

« Les personnes morales de droit privé gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés adoptent le statut d'intérêt collectif par une délibération de leur organe délibérant transmise à l'autorité ayant compétence pour délivrer l'autorisation. La qualité d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif se perd soit par une nouvelle délibération de l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, transmise à l'autorité ayant enregistré l'engagement initial dans l'intérêt collectif social et médico-social, soit du fait d'une appréciation de l'autorité ayant délivré l'autorisation, dans des conditions de procédure définies par décret.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'État. » ;

21° Après l'article L. 313-23-2, il est inséré un article L. 313-23-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-23-3.* - Avant le 30 juin 2010, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la mise en œuvre d'un service minimum dans le secteur médico-social au regard des contraintes constitutionnelles. Ce rapport est précédé d'une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et les acteurs du secteur. » ;

22° Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012. » ;

23° L'article L. 411-1 est ainsi modifié :

*a)* Au deuxième alinéa, les mots : « ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen » sont remplacés par les mots : « d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à une convention internationale ou un arrangement en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles » ;

*b)* Au septième alinéa, les mots : « le titre » sont remplacés par les mots : « le titre ou ensemble de titres » ;

*c)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. » ;

24° L'article L. 312-7 est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, les mots : « gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 » sont remplacés par les mots : « qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions » ;

*b)* Au *b* du 3°, la référence : « L. 129-1 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 7232-1 » ;

*c)* Après le *c* du 3°, il est inséré un *d* ainsi rédigé :

« *d)* Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique. » ;

*d)* À la première phrase du huitième alinéa, les mots : « gestionnaires de services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « mentionnés au premier alinéa » et la référence : « L. 6133-1 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

e) Le début du neuvième alinéa est ainsi rédigé : « Les premier et troisième alinéas de l'article L. 6133-3, le premier alinéa de l'article L. 6133-4, les articles L. 6133-6 et L. 6133-7 du code de la santé publique sont applicables... *(le reste sans changement)* » ;

f) Au douzième alinéa, la référence : « L. 129-1 » est remplacée par la référence : « L. 7232-1 » ;

g) Au treizième alinéa, les mots : « telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique » et la dernière phrase sont supprimées ;

h) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel. » ;

25° Après l'article L. 313-14, il est inséré un article L. 313-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-14-1.* - Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 à l'exception du 10°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévues au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement.

« La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux.

« L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code. »

II. - A. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 257 est ainsi modifié :

a) Le début de l'antépénultième alinéa du 1 du 7° est ainsi rédigé : « de la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que de locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils hébergent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire s'ils remplissent... (*le reste sans changement*) » ;

b) À la première phrase du 7° *sexies*, après le mot : « portant », sont insérés les mots : « sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils hébergent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire » ;

2° Au 3 *septies* du I de l'article 278 *sexies*, après les mots : « apports de locaux », sont insérés les mots : « destinés à l'hébergement aux établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les ventes et apports de locaux aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils hébergent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire ».

B. - Le A s'applique aux locaux acquis, aménagés ou construits à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

III. - *Supprimé par la commission mixte paritaire.....*

### **Article 28 bis A**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

Aux première et troisième phrases de l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, après les mots : « établissement public de santé », sont insérés les mots : « , un organisme visé à l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale gérant des établissements de santé ».

### **Article 28 bis**

*(Texte du Sénat)*

L'article L. 1111-24 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 16 bis, est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail.

« Ce groupement peut également attribuer, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés. »

### **Article 28 ter**

*(Texte du Sénat)*

À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les mots : « répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé » sont remplacés par les mots : « aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24 ».

## CHAPITRE IV

### **Dispositions de coordination et dispositions transitoires**

### **Article 29**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est abrogé ;

2° L'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est ainsi rédigé : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;

3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés ;

4° L'article L. 6162-7 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le représentant de l'État dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'État dans la région ; »

b) Après le mot : « État », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « désigné en application du 1°. » ;

5° L'article L. 6162-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative. »

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La sous-section 2 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;

2° Le chapitre III du titre VIII du livre I<sup>er</sup> est abrogé ;

3° L'article L. 215-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-1.* - Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :

« 1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;

« 2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;

« 3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;

« 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;

« 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

« Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret. »

4° L'article L. 215-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux deuxième et troisième alinéas du présent article. » ;

5° Après l'article L. 215-5, il est inséré un article L. 215-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-5-1. - I. - Il est constitué auprès du conseil d'administration une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :*

« 1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

« 2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

« Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

« Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

« II. La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires. »

III. - L'article 68 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

IV. - Par dérogation au 1° du II, les dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi et les décisions prises en application de ces dispositions par les missions régionales de santé demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du premier schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'agence régionale de santé.

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale précité, le directeur général de l'agence régionale de santé est substitué à la mission régionale de santé.

### **Article 30**

*(Texte du Sénat)*

I. - À la date d'entrée en vigueur prévue au I de l'article 32 de la présente loi, dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, l'agence régionale de santé est substituée, pour l'exercice des missions prévues à l'article 26, à l'État, à l'agence régionale de l'hospitalisation, au groupement régional de santé publique, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, à la caisse régionale d'assurance maladie.

L'agence régionale de santé est substituée à la mission régionale de santé et à l'État, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence. Les biens immeubles de l'État sont mis à disposition de l'agence régionale de santé. Le représentant de l'État est autorisé, après avis du président du conseil général, à mettre à disposition de l'agence régionale de santé, pour l'exercice de ses missions, les biens immeubles mis à disposition de l'État par les départements en application de la loi n° 85-1098 du 11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'État, les départements et les régions des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement des services placés sous leur autorité. La dotation générale de décentralisation versée par l'État aux départements est maintenue en contrepartie des locaux mis à disposition des agences régionales de santé.

L'agence régionale de santé est substituée à l'agence régionale de l'hospitalisation et au groupement régional de santé publique dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Les conditions de dévolution à l'agence régionale de santé des biens meubles et immeubles détenus par ces groupements d'intérêt public sont celles fixées par les conventions les ayant constitués ou, le cas échéant, sont fixées par une décision de leurs organes délibérants. Une convention est signée aux fins de transfert entre le directeur de ces groupements et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Les conditions dans lesquelles s'opère le transfert des droits et obligations, biens meubles et immeubles de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie, pour la partie de ses compétences transférées, font l'objet d'une convention entre le directeur de ces dernières et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'État ni à perception d'impôts, droits ou taxes.

II. - Les fonctionnaires d'État exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public dont les activités sont transférées aux agences régionales de santé sont affectés dans ces agences. Ils conservent le bénéfice de leur statut.

Les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les praticiens hospitaliers exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les agents contractuels de droit public exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat.

Les agents contractuels de droit privé exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les organismes d'assurance maladie visés au I du présent article, le service du contrôle médical du régime général, les caisses de base du régime social des indépendants et les caisses de la mutualité sociale agricole au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail.

II *bis*. - Les personnels transférés restent affiliés au régime de retraite complémentaire dont ils relèvent à la date du transfert.

III. - Après l'article L. 123-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 123-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 123-2-3.* - Les accords collectifs nationaux agréés en application des articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1 ainsi que leurs avenants sont applicables aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels. »

### **Article 31**

*(Texte du Sénat)*

Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un responsable préfigurateur de l'agence régionale de santé est chargé de préparer la mise en place de l'agence. À cette fin, il négocie et signe les conventions prévues à l'article 30 de la présente loi et assure le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

Il élabore le projet d'organisation des services, négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Sur la base des éléments transmis par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, il prépare le budget primitif du premier exercice de l'agence. Le budget primitif du premier exercice est arrêté par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

Le directeur général de l'agence peut exécuter le budget primitif en l'absence d'approbation du conseil de surveillance. Il prépare et soumet à l'approbation du conseil de surveillance de l'agence un budget rectificatif dans les six mois suivant la date mentionnée au I de l'article 32.

Pour accomplir les missions qui lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'État, ainsi que de ceux de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie.

### **Article 32**

*(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)*

I. - Les IV et V de l'article 13, I à III de l'article 14, articles 26 à 29, à l'exception de l'article 27, des 1°, 1° bis, 9°, 9° bis, 10°, 11°, 15°, 16°, 17°, 18°, 19°, 20°, 23°, 24° et 25° du I et du II de l'article 28 entrent en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

II. - Les 2°, 6°, 7° et 8° du I de l'article 28, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'à la date mentionnée au I de cet article et ce pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article.

Les schémas prévus au 2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la présente loi sont pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé, jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 26 de la présente loi.

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

IV. - Jusqu'à la date prévue au I, l'article L. 6121-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6121-4.* - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de l'hospitalisation peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation sanitaire. Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques ou démographiques spécifiques, ces équipements et activités font, par dérogation, l'objet d'un schéma régional. »

V. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant des articles 1<sup>er</sup> à 13 et du XI de l'article 19 *ter* de la présente loi sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

VI. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 17 de la présente loi sont exercées par la mission régionale de santé.

VII. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 22 de la présente loi sont exercées par le groupement régional de santé publique.

VIII - Dans chaque établissement public de santé, jusqu'à la désignation des membres du conseil de surveillance, les dispositions du code de la santé publique continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à celle issue des articles 5 et 6 de la présente loi.

IX. - Par dérogation aux dispositions du III de l'article L. 4312-3 du code de la santé publique, après les premières élections de l'ordre infirmier, il est procédé, le cas échéant, aux élections complémentaires des conseils après la mise en place du conseil national de l'ordre. L'organisation de ces élections a lieu dans un délai d'un an à compter de la date d'installation du conseil national.

X. - La prise en charge de la gestion des directeurs des soins par le Centre national de gestion, prévue au 2° du I de l'article 7, prend effet un an après la publication de la présente loi. Pendant ce délai, le Centre national de gestion organise les élections professionnelles du corps à gestion nationale.

XI. - Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 26 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte et au plus tard le 30 juin 2010.

XII. - Jusqu'à la date prévue au I, les autorisations de création de lactariums sont délivrées par le représentant de l'État dans le département.

XIII. - Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils des unions régionales des caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 183-1 du même code, dans leur composition à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, expire à la date mentionnée au I du présent article.

XIV. - Les mandats des membres de la conférence régionale ou territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, sont prorogés jusqu'à la date mentionnée au I du présent article.

XV. - Les mandats des membres des conférences sanitaires mentionnées à l'article L. 6131-1, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, sont prorogés jusqu'à la date mentionnée au I du présent article.

### **Article 32 bis**

*(Texte du Sénat)*

Le quatrième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase, les mots : « carte professionnelle de santé » sont remplacés par les mots : « carte de professionnel de santé », et après les mots : « L. 161-33 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé » ;

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. »

### **Article 33**

*(Texte du Sénat)*

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

- modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi et le respect de la hiérarchie des normes et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet ;

- étendre et adapter les dispositions de la présente loi aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie et aux Terres australes et antarctiques françaises, en adaptant le cas échéant en conséquence celles applicables à La Réunion et à la Guadeloupe.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance dans un délai de trois mois à compter de sa publication.

### **Article 34**

*(Texte du Sénat)*

I. - Le statut d'établissement public industriel et commercial des « Thermes nationaux d'Aix-les-Bains » prend fin au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi, l'établissement étant transformé en une société anonyme qui prend son existence le premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi.

Cette transformation n'emporte ni création de personne morale nouvelle, ni cessation d'activité.

Le capital initial de la société est détenu intégralement par l'État.

II. - La société mentionnée au I est soumise aux dispositions législatives applicables aux sociétés commerciales sous réserve des dispositions du présent article.

Cette société est ajoutée à la liste figurant à l'annexe III de la loi n° 83-675 du 26 juillet 1983 relative à la démocratisation du secteur public.

Ses statuts sont initialement fixés par décret en Conseil d'État. Ils sont ensuite modifiés selon les règles applicables aux sociétés anonymes.

Les comptes du dernier exercice de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains avant sa transformation résultant du I sont approuvés dans les conditions de droit commun par l'assemblée générale de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Le bilan au premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains est constitué à partir du bilan, au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi, de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains et du compte de résultat arrêté à cette dernière date.

III. - Les biens du domaine public immobilier de l'État qui ont été mis en dotation à l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains sont déclassés à la date de sa transformation en société.

Les biens dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé du domaine sont apportés, à cette même date, à la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains.

Les apports ne donnent lieu à aucun versement de salaires ou honoraires au profit des agents de l'État, ni à aucune indemnité ou perception de droits ou de taxes.

L'ensemble des droits, obligations, contrats, conventions et autorisations de toute nature de l'établissement public sont attribués, à cette même date, de plein droit et sans formalité à la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Cette attribution n'a aucune incidence sur ces droits et obligations et n'entraîne ni modification ni résiliation des contrats et conventions en cours passés par l'établissement public.

IV. - L'ensemble des opérations de transformation de l'établissement en société anonyme est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu au paiement d'aucun impôt, rémunération, salaire ou honoraire au profit de l'État, de ses agents ou de toute autre personne publique.

V. - La première phrase de l'article L. 4321-6 du code de la santé publique est remplacée par une phrase et deux alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État détermine les actes, notamment de massage et de gymnastique médicale, que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982 :

« 1° Au sein des établissements thermaux ;

« 2° Sous réserve d'avoir satisfait, avant le 31 décembre 2011, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret, au sein des établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires

relatives à la fonction publique hospitalière et aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

**Article 35**

*(Texte du Sénat)*

Le 6° de l'article L. 722-20 du code rural est complété par les mots :  
« ainsi que les agents de droit privé des agences régionales de santé qui demeurent régis par les conventions collectives des organismes de mutualité sociale agricole ».

## TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture
<b>Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires</b>	<b>Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires</b>
TITRE I <sup>ER</sup>	TITRE I <sup>ER</sup>
<b>MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>	<b>MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>
Article 1 <sup>er</sup> A ( <i>nouveau</i> )	Article 1 <sup>er</sup> A
L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :	<b>Supprimé</b>
« 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>	CHAPITRE I <sup>ER</sup>
<b>Missions des établissements de santé</b>	<b>Missions des établissements de santé</b>
Article 1 <sup>er</sup>	Article 1 <sup>er</sup>
I. - L'article L. 6111-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :	I. - Alinéa sans modification
« Art. L. 6111-1. - Les établissements de santé, pu- blics 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 <u>en tenant compte des aspects psychologiques du pa- tient.</u>	« Art. L. 6111-1. - Les établissements de santé publics, privés <i>et privés d'intérêt collectif</i> assurent, dans les conditions prévues par le présent code, <i>le</i> diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.	« Ils ... ... domicile. <i>Le domicile peut être un établissement avec hébergement régi par le code de l'action sociale et des familles.</i>
« Ils participent à la coordination des soins en rela- tion 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 san- té.	« Ils ... ... san- té <i>en concertation avec les conseils généraux pour les compé- tences qui les concernent.</i>
« Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à ga- rantir la sécurité sanitaire.	Alinéa sans modification
« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les ques- tions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge mé- dicale. »	« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur <i>l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.</i> »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

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

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

III. - Non modifié

IV. - Alinéa sans modification

« Art. L. 6112-1. - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

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

« 2° Non modifié

« 2° bis (nouveau) La recherche ;

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

« 4° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes ...  
... compétence ;

« 5° *Supprimé*

« 6° Non modifié

« 7° Non modifié

« 8° La ...

... l'exclusion et la dis-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

« 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*crimination ;*

« 9° Non modifié

« 10° Non modifié

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

« 12° Non modifié

« 13° Non modifié

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

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

« 2° **Supprimé**

« - l'Institution ...

... guerre ;

« - le ...

... ministres ;

« - les groupements de coopération sanitaire ;

« - les ...

... lourd ;

« - les ...

... structures *mentionnés au présent article.*

« Lorsqu'une ...

... dé-

signe *la ou* les personnes qui en sont chargées.

« Le ...

... spécifique

*précise* les obligations auxquelles est *assujéti* toute personne *assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.*

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

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

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

« 1° Non modifié

« 2° *La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ...*

*... santé ;*

« 3° *La prise en charge ...*

*... sociale.*

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

« Les obligations qui incombent, *en application du présent article*, à un établissement ...

*... L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public. »*

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

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

« Les ...

*... sociale.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

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 subordonné 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

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

*« Le premier alinéa est applicable aux centres de lutte contre le cancer. Les centres appliquent également aux assurés sociaux les tarifs mentionnés aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale. »*

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

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

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

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

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

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

VI. - Les ...

... L. 6122-7 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

*« Elle peut également être subordonnée à des conditions relatives à la participation ...*

*... public définies à l'article ...*

*... coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.*

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

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 assujetti, 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

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

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

VII. - **Supprimé**

VII bis. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6161-5.* - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Les établissements ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... santé.

Alinéa sans modification

« Les ...

... sociale.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

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

« 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ; »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

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 » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

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

IX. - Non modifié

X. - Alinéa sans modification

« Art. L. 6311-2. - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

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

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

XI. - Non modifié

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

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

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. 6161-6, 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

code.

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

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

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

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

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

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

**3° Alinéa supprimé**

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

XIII. - Non modifié

XIV. - Non modifié

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

XVI. - Les ...

... loi peuvent continuer d'exercer, ...

... ce contrat ou, au plus tard, ...

... 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition ...

... réception.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Alinéa sans modification

Jusqu'à ...  
l'article L. 6161-7 ...  
... dispositions du dernier alinéa de  
... applicables.

XVII. - Non modifié

XVIII. - Alinéa sans modification

*Alinéa supprimé*

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3, ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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, 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... applicables  
*Alinéa supprimé*

XVIII *bis*. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XIX. - Non modifié

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

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

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

I. - Non modifié

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

« Art. L. 5126-5-1. - Les ...

... confier à des pharmacies d'officine, dans des conditions précisées par voie réglementaire, une partie de la gestion, de l'approvisionnement, du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments *non réservés à l'usage hospitalier*, ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

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. »

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

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

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

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

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

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

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

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

Alinéa sans modification

« Art. L. 6125-2. - Alinéa sans modification

« Les ...  
... constitués avant la date de publication ...

... mentionnées au premier alinéa dans le délai d'un an à compter de cette date.

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

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 2

I. - *Supprimé*

II. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6144-1.* - Dans ...

... usagers ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. *Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.*

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

« L'établissement *public* de santé ...

... santé.

Alinéa sans modification

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

III. - Non modifié

IV. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

2° Sont ajoutés *sept* alinéas ainsi rédigés :

« La ...

... soins *ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* ; elle propose ...

contenues ... informations

... L. 6112-2.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

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

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

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

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

V. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

*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 :

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*V bis.* - Non modifié

*V ter.* - Non modifié

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

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

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

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

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

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

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

1° Au premier alinéa, les mots : « susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux pour les patients » sont remplacés par les mots : « nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

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

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

VII. - Le ...

*... supprimé. Les mesures prises au titre de cet article, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent applicables.*

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

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

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

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

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

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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*

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 3

I. - Non modifié

II. - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« L'agence ...

... ans. Lorsqu'il *com-*  
*porte des clauses* relatives à l'exécution d'une mission ...  
... ans. » ;

2° *Le sixième alinéa est supprimé ;*

3° Alinéa sans modification

« Le contrat peut être résilié par l'agence ...

... contractuelles. » ;

4° Non modifié

5° Non modifié

III. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° **Suppression maintenue**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

3° Non modifié

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

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

4° Non modifié

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

IV. - Alinéa sans modification

« Art. L. 6114-3. - Alinéa sans modification

« Ils intègrent des objectifs de *maîtrise médicalisée des dépenses*, d'évolution et d'amélioration des pratiques, ...

... L. 6113-12.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Les ...

... social et culturel. »

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

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

« Sans ...

... sociale. » ;

*2° Le second alinéa est supprimé.*

*Article 3 bis (nouveau)*

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

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

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

CHAPITRE II

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

Article 4

I. - Alinéa sans modification

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

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est natio-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

nal, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas.

« Les ...

... directeur

*assisté d'un directoire. »*

« 1° *Supprimé*

« 2° *Supprimé*

« 3° *Supprimé*

*Alinéa supprimé*

*II. - Les premier, quatrième et dernier alinéas de l'article L. 6141-2 du même code sont supprimés.*

1° *Supprimé*

2° *Supprimé*

III. - Alinéa sans modification

*« Art. L. 6141-2-1. - Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre :*

*« 1° Les produits ...  
... sociale ;*

*« 2° Les subventions et autres concours financiers de l'État, des collectivités territoriales et de leurs groupements et*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*de toute personne publique, les dotations et subventions des régimes obligatoires de sécurité sociale ;*

« 3° *Les revenus de biens meubles ou immeubles et les redevances de droits de propriété intellectuelle ;*

« 4° *La rémunération des services rendus ;*

« 5° *Les produits des aliénations ou immobilisations ;*

« 6° *Les emprunts et avances ;*

« 7° *Les libéralités, dons, legs et leurs revenus ;*

« 8° *Toutes autres recettes autorisées par les lois et règlements en vigueur. »*

IV. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6141-7-3.* - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Les règles applicables aux fondations d'utilité publique, prévues notamment par la loi ...*

*... dispositions du présent article.*

« *Un décret en Conseil d'État détermine les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières. Il précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.*

« *Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé. »*

Article 5

I. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 ;

« 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

II. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6143-1.* - Le ...

... contrôle *permanent* de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 3° bis (nouveau) *Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;*

« 4° Non modifié

« 5° Non modifié

« 6° Non modifié

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« - *les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;*

« - *le règlement intérieur de l'établissement.*

« *Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.*

« *À toute époque de l'année, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.*

« *Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.*

« *Le conseil de surveillance entend le directeur sur le budget prévisionnel ainsi que sur le programme d'investissement. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 surveil-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Alinéa sans modification

« Art. L. 6143-5. - Alinéa sans modification

« 1° Au ...

... sein par les *organes délibérants* des collectivités territoriales ou de leurs groupements, *parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant* ;

« 2° Non modifié

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, *parmi lesquelles deux désignées* par le directeur général de l'agence régionale de santé *et trois dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignés par le représentant de l'État dans le département*.

« Le ...  
... identique.

« Le ...  
... mentionnés *au 1°*. Le vice-président du directoire *participe* aux séances ...  
... consultative.

« Le ...  
*participe* aux séances ...  
... consultative.

« *Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe* aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

lance avec voix consultative. Il présente un rapport annuel sur l'activité et l'efficience 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 ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Alinéa sans modification

« Dans ...

... accueillies *participe*, avec voix ...  
... surveillance.

Alinéa sans modification

« *Art. L. 6143-6.* - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

IV. - Non modifié

*V (nouveau). - L'article L. 6143-8 du même code est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6143-8. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret. »*

Article 6

I. - Alinéa sans modification

« Art. L. 6143-7. - Alinéa sans modification

« Le ...

... 14° et autres ...

... L. 6143-1. Il est entendu par le conseil de surveillance à sa demande ou à celle du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

« Le ...

... pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis ...

... réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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 ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Après *avis* du directoire, le président du directoire :

« 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

« 2° *Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique ...*

... usagers ;

« 3° Non modifié

« 4° Détermine le programme d'investissement *après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;*

« 5° Non modifié

« 5° *bis (nouveau) Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;*

« 6° Arrête l'organisation interne de l'établissement et *signe* les contrats ...

... L. 6146-1 ;

« 7° *Peut proposer* au directeur ...

... L. 6321-1 ;

« 8° Non modifié

« 9° Non modifié

« 10° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« 11° Non modifié

« 12° Non modifié

« 13° Non modifié

« 14° Non modifié

Alinéa sans modification

*I bis (nouveau). - Après l'article L. 6143-7-1 du même code, il est inséré un article L. 6143-7-1-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6143-7-1-1. - Le directeur est nommé :*

*« 1° Pour les centres hospitaliers universitaires, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche ;*

*« 1° bis Pour les centres hospitaliers régionaux, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé ;*

*« 2° Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance.*

*« Dans le cadre de sa prise de fonction, le directeur suit une formation adaptée à sa fonction et dont le contenu est fixé par décret.*

*« Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1. »*

II. - Après l'article L. 6143-7-1 du même code, sont insérés trois articles L. 6143-7-2 à L. 6143-7-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 6143-7-2. - Le ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... décret. Il *élabore*, en conformité ...

... l'établissement. Il coordonne *avec le directeur* la politique médicale de l'établissement.

« Art. L. 6143-7-3. - Le directoire *approuve le projet médical* et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet *de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques*. Il conseille ...

« Art. L. 6143-7-4. - Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, *dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique*.

« Il *comporte sept membres et neuf dans les centres hospitaliers universitaires* :

« - le directeur, président du directoire ;

« - le président de la commission médicale d'établissement, vice-président. Dans les centres hospitaliers universitaires, il est premier vice-président, chargé des affaires médicales ; sont en outre vice-présidents un vice-président doyen, directeur de l'unité de formation et de recherche ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, et un vice-président chargé de la recherche nommé par le président du directoire sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche et du vice-président doyen ;

« - le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« - des membres nommés et, le cas échéant révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ses membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

« La durée du mandat des membres du directoire est déterminée par décret. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6143-3.* - Non modifié

« *Art. L. 6143-3-1.* - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 gé-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« *Art. L. 6143-4.* - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

néral 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*« 3° (nouveau) Les décisions du président du directoire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relatives au programme d'investissement et au plan global de financement pluriannuel mentionnées aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 sont réputées approuvées si le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget n'ont pas fait connaître leur opposition dans des délais déterminés par voie réglementaire, du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.*

*« Lorsque l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut l'approuver dans les conditions fixées au septième alinéa, après avis conforme des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 7

I. - Alinéa sans modification

1° À ...

... par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'article 3 du titre I<sup>er</sup> du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées sur les emplois de directeur des établissements mentionnés à l'article 2 :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1°, 3° et 7° de l'article 2, à l'exception des centres hospitaliers universitaires ;

« - par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4°, 5° et 6° du même article.

« Ces personnes reçoivent une formation à l'École des hautes études en santé publique. » ;

2° Alinéa sans modification

« Le ...

... l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique. » ;

3° Alinéa sans modification

« Art. 9-2. - Par dérogation à l'article 3 du titre I<sup>er</sup> du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, les fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être détachés, par le directeur général du Centre national de gestion, sur un contrat de droit public. Ce détachement est prononcé pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un de ces établissements. Les établissements placés sous administration provisoire, dans les conditions fixées à l'article L. 6143-3-1 du même code, ainsi que les centres hospitaliers universitaires sont exclus du présent dispositif.

« Le détachement est proposé et le contrat est signé :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1°, 3° et 7° de l'article 2 ;

« - par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4°, 5° et 6° du même article.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

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 précé-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° bis (nouveau) L'article 31 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers, certains concours peuvent donner lieu à l'établissement d'une liste d'aptitude classant par ordre alphabétique les candidats déclarés aptes par le jury ; l'inscription sur cette liste ne vaut pas recrutement. » ;

b) Le septième alinéa est complété par les mots : « ou l'ordre alphabétique dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers » ;

4° Non modifié

5° Alinéa sans modification

« Art. 65-2. - Par ...

... mentionnés à l'article 2 et ...

... assurées :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements mentionnés aux 1° à 3° et 7° de l'article 2, après avis du président du conseil de surveillance ou du conseil d'administration pour les maisons de retraite publiques ;

« - par l'autorité compétente de l'État dans le département pour les directeurs des établissements mentionnés aux 4° à 6° de l'article 2, après avis du président de l'assemblée délibérante ;

Alinéa sans modification

**Alinéa supprimé**

6° Non modifié

7° Alinéa sans modification

a) Au premier alinéa, après les mots : ...

... soins » et les

mots : « au 31 décembre ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

dente » 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, ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... exercice » ;

b) Non modifié

II. - *Le cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :*

*1° Après les mots : « l'Institut ...*

*... soins, » ;*

*2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :*

*« La commission administrative paritaire nationale compétente émet un avis sur les propositions précitées soumises au directeur général du Centre national de gestion. »*

*III (nouveau). - Après l'article L. 313-24-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-24-2 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 313-24-2. - Le représentant de l'État ou le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes relevant de sa compétence exclusive ou conjointe mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière de conclure une convention de direction commune lorsque ces établissements n'ont pas préalablement, et à leur initiative, sollicité ce type de coopération. Cette demande, qui vise à mieux répondre aux besoins de la population et à garantir la qualité de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent, doit être motivée. Elle comprend l'avis du président du conseil général concerné lorsque la demande porte sur un établissement relevant d'une compétence conjointe. Les assemblées délibérantes des établissements concernés rendent alors un avis motivé sur cette demande dans un délai de trois mois. »*

Article 7 bis

..... Conforme .....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 8

I. - Alinéa sans modification

« Art. L. 6146-1. - Alinéa sans modification

« Le ...

... médical  
*d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche.* Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

« Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitalo-universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

« Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans les conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Dans ...

... chefs de  
*pôles d'activité* sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, après avis du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Alinéa sans modification

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle *précisant* les objectifs et les moyens du pôle, *après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du pré-*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*sident de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche. »*

« Le ...

... structures, services ou unités fonctionnelles, prévues ...

... nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. »

II. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6146-2.* - Dans ...

... peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre ...

... missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins ...

... honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance.

Alinéa sans modification

III. - Les articles L. 6146-3 à L. 6146-6 et L. 6146-10 du même code sont abrogés. À l'article L. 6146-11 du même code, après les mots : « en tant que de besoin », sont insérés les mots : « sauf disposition contraire, ». Le second alinéa de l'ar-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

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 n° 61-825 du 29 juillet 1961 de finances rectificative pour 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

ticle L. 6112-7 du même code est supprimé.

IV. - Non modifié

V. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6161-5-1.* - Les ...

... patients

*peuvent recourir à des auxiliaires ...*

*... santé. Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions particulières de rémunération autres que le paiement à l'acte. »*

***Alinéa supprimé***

Article 8 bis

..... Conforme .....

*Article 8 ter A (nouveau)*

*À la seconde phrase du septième alinéa de l'article L. 6147-2 du code de la santé publique, les mots : « sont adaptées par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « peuvent faire l'objet, par voie réglementaire, de dérogations en vue de les adapter ».*

Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture

Texte adopté par le Sénat  
en première lecture

Article 8 *ter*

..... Conforme .....

Article 9

I. - L'article L. 6145-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-16.* - Les comptes des établissements publics de santé 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 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

Article 9

I. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6145-16.* - Les comptes des établissements publics de santé *définis* par décret sont certifiés *par un commissaire aux comptes.*

Alinéa sans modification

II. - Non modifié

Article 9 *bis*

I. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6113-10.* - Alinéa sans modification

« L'agence ...

... patients *et aux usagers*, en élaborant ...

... médico-sociaux.

« *Art. L. 6113-10-1.* - Alinéa sans modification

« 1° Le ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... solidarité ;

« 2° Non modifié

Alinéa sans modification

« *Art. L. 6113-10-2.* - Non modifié

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 révisé :

« *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 ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 10

I. - Non modifié

II. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6152-3.* - Alinéa sans modification

« La ...

... qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession.

Alinéa sans modification

*Alinéa supprimé*

III. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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. » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

*VI bis (nouveau). - L'article L. 4111-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat et titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions que les praticiens dont les nationalités relèvent du 2° du présent article. »*

VII. - Le I de l'article L. 4111-2 du même code est ainsi modifié :

1° Alinéa sans modification

a) La première phrase est *remplacée par deux phrases ainsi rédigées :*

« Ces ...

*... française. Les personnes ayant obtenu en France un diplôme interuniversitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées en France au cours des deux années précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait à l'exigence*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*de la maîtrise de la langue française. » ;*

b) Non modifié

2° Non modifié

3° *Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

*VII bis (nouveau). - Au second alinéa du I bis de l'article L. 4111-2 du même code, le chiffre : « deux » est remplacé par le chiffre : « trois ».*

VIII. - Non modifié

*Article 10 bis (nouveau)*

*Le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière tient à la*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 11

*disposition des établissements publics de santé la liste des praticiens volontaires pour y exercer en qualité de praticiens contractuels.*

I. - Non modifié

II. - Non modifié

III. - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« Des ...

... directeur général de l'agence ...

... département. » ;

2° La première phrase du dernier alinéa de l'article 20 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

CHAPITRE III

**Favoriser les coopérations entre établissements de santé**

Article 12

I. - Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 6132-1. - Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires.

« Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

**Alinéa supprimé**

« Art. L. 6132-2. - La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée par leurs conseils de surveillance, après information des comités techniques d'établissement.

« Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétente ;

« Cette double approbation entraîne création de la communauté hospitalière de territoire.

Elle définit :

« - le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires, ainsi, le cas échéant, que les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;

« - les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissements, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

« - les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

« 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 :

« 1° Le projet médical commun et les compétences ou activités, déléguées ou transférées entre les établissements membres de la communauté ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

« - en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus qui seront acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

« - le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire ;

« - la composition du conseil de surveillance, du directeur et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention.

« L'établissement siège est désigné par une délibération des deux tiers des conseils de surveillance des établissements représentant au moins les trois quarts des produits de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements membres. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

« La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

« La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

« Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-3. - La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'État dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence ou aux agences régionales de santé compétentes.

« Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

« 1° **Supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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 moyens, 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« 2° *Supprimé*

« 3° *Supprimé*

« 4° *Supprimé*

« 5° *Supprimé*

« 6° *Supprimé*

« *Art. L. 6132-4.* - Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, l'autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

*Alinéa supprimé*

*Alinéa supprimé*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.* - 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Alinéa supprimé*

« *Art. L. 6132-5.* - En application du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :

« 1° Un établissement public de santé qui transfère, en application d'une convention de communauté hospitalière de territoire, une activité de soins à un autre établissement peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 2° Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-2 du même code.

« La cession ou l'échange mentionnés aux 1° et 2°, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

« *Art. L. 6132-6.* - L'application d'une convention de communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé parties à cette convention.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était propriétaire des biens mis à disposition, la remise de ces biens a lieu à titre gratuit. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition assume l'ensemble des obligations du propriétaire.

« L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition est substitué à l'établissement public propriétaire dans tous ses droits et obligations à l'égard de ses cocontractants, découlant notamment des contrats conclus pour l'aménagement, l'entretien et la conservation des biens remis, ainsi qu'à l'égard de tiers.

« En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas précédents, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.*

« Art. L. 6132-7. - *La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée :*

« 1° *Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;*

« 2° *Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;*

« 3° *Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de non-application de la convention.*

« *Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1 des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes, ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.*

**Alinéa supprimé**

« Art. L. 6132-8. - *Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État.*

« Art. L. 6132-9. - **Supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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 biens 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« *Art. L. 6132-10.* - **Supprimé**

« *Art. L. 6132-11.* - **Supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« *Art. L. 6132-12.* - **Supprimé**

« *Art. L. 6132-13.* - **Supprimé**

« *Art. L. 6132-14.* - **Supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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 PRÉLIMINAIRE*

***« 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 groupements 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Art. L. 6132-15. - **Supprimé**

II. - 1. *Jusqu'au 31 décembre 2012*, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment *des projets tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Les agences régionales de santé s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire et aux groupements de coopération sanitaire bénéficient d'un financement majoré de 15 %.*

2. À la *deuxième* phrase ...

... territoire ».

3. L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 *précitée* est ainsi modifié :

a) Le ...

... code » ;

b) Après les mots : « et groupements », la ...

... mentionnées *au même* article L. 6132-1 ».

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 13

I. - Alinéa sans modification

Divisions et intitulés sans modification

« *Art. L. 6133-1.* - Le groupement de coopération sanitaire *de moyens* a pour objet *de faciliter, de développer ou d'améliorer* l'activité de ses membres.

« *Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :*

« 1° Organiser ou gérer *des activités administratives, logistiques, techniques, d'enseignement ou de recherche ;*

***Alinéa supprimé***

***Alinéa supprimé***

« 2° *Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ;*

***Alinéa supprimé***

***Alinéa supprimé***

« 3° *Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.*

« *Ce groupement poursuit un but non lucratif.*

« *Art. L. 6133-2.* - *Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des centres de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé.*

***Alinéa supprimé***

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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 :

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« D'autres professionnels de santé *ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.*

« *Lorsque, en application de l'article L. 6321-2, un réseau de santé est constitué en groupement de coopération sanitaire de moyens, ce groupement peut être composé des personnes mentionnées à l'article L. 6121-1.*

« *Art. L. 6133-3. - I.* - Le groupement de coopération sanitaire *de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication.*

« *Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication.*

« *1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public :*

« *- soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;*

« *- soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à ses charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public.*

« *2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé :*

« *- soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;*

« *- soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à son fonctionnement proviennent de personnes de droit privé.*

« *Les modalités d'évaluation des apports ou des participations en nature sont déterminées par décret en Conseil d'État.*

« *II. - Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur.*

« *Art. L. 6133-4. - La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet.*

« *Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes.*

« *Elle détermine, sous réserve des dispositions du présent chapitre, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement.*

« *L'assemblée générale des membres du groupement de coopération sanitaire de moyens est habilitée à prendre toute décision dans les conditions prévues par la convention. Elle élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en œuvre*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*de ses décisions. L'administrateur représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.*

« 1° **Supprimé**

« 2° **Supprimé**

**Alinéa supprimé**

*« Art. L. 6133-5. - Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable désigné dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.*

*« Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.*

« 1° **Supprimé**

« 2° **Supprimé**

**Alinéa supprimé**

**Alinéa supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« *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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Alinéa supprimé*

« *Art. L. 6133-6.* - Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 6133-1, les professionnels ...

... soins.

Alinéa sans modification

« Les ...

... L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 du *code de la sécurité sociale* sont supportées par l'établissement de santé concerné.

« Les ...

... L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 *précités*, au bénéfice ...

... et *e* du même article L. 162-22-6, sont ...

... maladie.

« Les ...

... L. 622-5 du même code.

« *Art. L. 6133-6-1 (nouveau).* - Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes :

« 1° Les fonctions de l'administrateur du groupement

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

« 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 grou-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article L. 6143-7 ;

« 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« a) Cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur le territoire desquels les établissements membres sont implantés ;

« b) Cinq représentants du personnel médical et non-médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont trois désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

« c) Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignés par le représentant de l'État dans le département.

« Art. L. 6133-6-2. - Lorsqu'un ...  
... sanitaire est un établissement ...  
... santé.

Alinéa sans modification

« Lorsque ...

... article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

« Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code, la rémunération ...

... L. 162-22-6 précité. Le ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

pement 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... sanitaire.

« Lorsque ...

... au *d* du même article L. 162-22-6, la rémunération ...

... salarié.

« *Art. L. 6133-7.* - Des mesures réglementaires prises par décret en Conseil d'État déterminent, ...

... chapitre. »

II. - Alinéa sans modification

« Lorsque ...

... L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. »

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

IV *bis*. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

V. - Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 6131-1. - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Améliorer l'organisation et l'*efficacité* de l'offre ...

... établissement ;

« 4° Non modifié

« Art. L. 6131-2. - Aux ...

... demander à *des* établissements publics de santé :

« 1° Non modifié

« 2° De *conclure une convention de* communauté hospitalière de territoire, *de créer* un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;

« 3° Non modifié

« *Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.*

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, *après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements*, le directeur ...

... coopération, créent ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—  
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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—  
... d'État.

« Art. L. 6131-2-1 (nouveau). - Lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou qu'un déséquilibre financier important est constaté, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un ou plusieurs établissements de santé concernés de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire.

« La demande du directeur général de l'agence régionale de santé est motivée.

« Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai d'un mois sur cette convention.

« Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6131-3. - Lorsque ...

... concernés.

« Art. L. 6131-4. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Art. L. 6131-5. - Non modifié »

VI. - Alinéa sans modification

« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, en cas de transfert ...

... d'accueil. »

*Article 13 bis A (nouveau)*

*Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :*

*1° À la fin de la première phrase et à la seconde phrase, les mots : « participation de l'assuré » sont remplacés par les mots : « participation du patient » ;*

*2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :*

*« Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice des recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale. »*

*Article 13 bis B (nouveau)*

*L'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° Le 2° est complété par les mots : « et des structures de santé auxquelles ils participent ou qu'ils gèrent » ;*

*2° Le 3° est ainsi rédigé :*

*« 3° Assurer, sur le même champ, des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Article 13 bis C (nouveau)*

*Les articles L. 6161-4, L. 6161-6 et L. 6161-7 du code de la santé publique sont abrogés.*

Articles 13 bis et 13 ter

..... Conformes .....

*Article 13 quater (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. »

*Article 13 quater A (nouveau)*

*Après l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-26-1 ainsi rédigé :*

« *Art. L. 162-26-1.* - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. »

*Article 13 quater*

**Supprimé**

*Article 13 quinquies (nouveau)*

*Le IV de l'article 21 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie est complété par une phrase ainsi rédigée :*

« *Toutefois, dans un secteur d'activité dans lequel un accord interprofessionnel n'a pu être signé, un décret peut, après avis de l'Autorité de la concurrence fondé sur une analyse des conditions spécifiques du secteur, prolonger cette échéance à une date ultérieure.* »

*Article 13 sexies (nouveau)*

*La première phrase de l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics est*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*complétée par les mots : « ainsi que les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »*

*Article 13 septies (nouveau)*

*Après la première phrase du sixième alinéa de l'article L. 711-1 du code de l'éducation, il est inséré une phrase ainsi rédigée :*

*« S'agissant des composantes médicales de l'université, ces contrats prennent en compte les éléments figurant dans la convention prévue à l'article L. 713-4 passée avec le centre hospitalier régional. »*

*Article 13 octies (nouveau)*

*La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique est ainsi rédigée :*

*« Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. »*

*Article 13 nonies (nouveau)*

*L'article L. 6142-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° Après le mot : « préciser », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional » ;*

*2° Après le deuxième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :*

*« Ces conventions sont élaborées en cohérence avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1, les projets d'établissements mentionnés à l'article L. 6143-2, les contrats pluriannuels d'établissement mentionnés à l'article L. 711-1 du code de l'éducation et les contrats de projets État-régions.*

*« Elles portent en particulier sur la politique de recherche biomédicale de l'université et les modalités de son déploiement au sein du centre hospitalier et universitaire et les modalités de participation du centre hospitalier régional et le cas échéant des autres établissements de soins à l'enseignement universitaire et post-universitaire.*

*« Des établissements de santé ainsi que des établissements publics à caractère scientifique et technologique ou autres organismes de recherche peuvent être associés à ces conventions pour tout ou partie de leurs clauses.*

*« Ces conventions sont révisées tous les cinq ans. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Article 13 decies (nouveau)*

*Il est créé un comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, placé auprès du ministre chargé de la santé. Sa composition et ses missions sont définies par voie réglementaire. Il remettra un rapport au Parlement deux ans après la promulgation de la présente loi.*

TITRE II

TITRE II

**ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ**

**ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ**

Article 14

Article 14

**I. - *Supprimé***

**I. - *Suppression maintenue***

II. - Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

II. - Alinéa sans modification

« *CHAPITRE I<sup>ER</sup> BIS*  
« **Organisation des soins**

Division  
et intitulé sans modification

« *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 :

« *Art. L. 1411-11.* - L'accès *aux* soins ...

... proximité, *qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours*, de qualité ...

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

... comprennent :  
« 1° Non modifié

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 2° Non modifié

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° Non modifié

« 4° L'éducation pour la santé.

« 4° Non modifié

« 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.

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1411-12.* - Les soins spécialisés de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont

« *Art. L. 1411-12.* - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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 PRÉLIMINAIRE  
« Médecin généraliste de premier recours*

« Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° S'assurer 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Non modifié

IV. - Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 4130-1. - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° S'assurer *de* la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

« 4° Non modifié

« 5° *S'assurer de* la synthèse ...  
... santé ;

« 6° Non modifié

« 7° Participer à la *mission de service public de* permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° Non modifié

*V (nouveau). - Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré consulte des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie sans*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

*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. 5125-1-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-1-1 A.* - Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours ;

« 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 trai-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*prescription de son médecin traitant ou sans avoir choisi un médecin traitant. »*

*Article 14 bis A (nouveau)*

*L'article L. 1111-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »*

*Article 14 bis*

Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

« *Art. L. 5125-1-1 A.* - Alinéa sans modification

« 1° Contribuent aux soins de premier recours *définis à l'article L. 1411-11* ;

« 2° Non modifié

« 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

« 4° Non modifié

« 5° Peuvent ...

... patients *définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5* ;

« 6° Peuvent ...

... établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose ...

... intérieur ;

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

tements 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... posologie et ef-

fectuer ...  
... effets ;

« 8° Peuvent proposer des *conseils et prestations destinés* à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Alinéa sans modification

Article 14 *ter*

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° *Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

« Les professionnels *médicaux et auxiliaires médicaux* exerçant ...

... santé. »

***Alinéa supprimé***

II. - ***Supprimé***

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 14 *quater*

Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 6323-4. - Alinéa sans modification

« Ils ...

des réseaux ...  
... santé, des centres de santé,  
... mé-  
dico-sociale. »

**Alinéa supprimé**

**Alinéa supprimé**

Article 14 *quinquies A* (nouveau)

Après le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *quater* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III *QUATER*  
« **Dotation de financement des services de santé**

« Art. L. 6323-5. - Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. »

Article 14 *quinquies*

..... Conforme .....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 15

I. - *Supprimé*

*I bis. - Supprimé*

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 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 hospita-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Non modifié

*III bis (nouveau). - L'article L. 632-12 du code de l'éducation est complété par un 5° ainsi rédigé :*

*« 5° Les conditions dans lesquelles l'expérience acquise au cours de l'exercice professionnel peut être validée, en tout ou partie, en vue de l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, dans une limite compatible avec les besoins de soins de la population et après une durée minimum d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale ; ».*

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

lier 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 la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6.

« 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. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

VI. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 1434-6-1.* - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Si ...

... L. 1434-6 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

Alinéa sans modification

« L'application ...  
... définies *par décret* en Conseil d'État. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

*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

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*Article 15 bis AA (nouveau)*

*Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*1° L'intitulé de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre III du titre II du livre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « École nationale de la protection sociale » ;*

*2° L'article L. 123-3 est ainsi modifié :*

*a) Au premier alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale » ;*

*b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

*« Un décret en Conseil d'État définit les missions de l'École nationale de la protection sociale. » ;*

*3° L'article L. 123-4 est ainsi modifié :*

*a) Au début du premier alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale » ;*

*b) À la fin du second alinéa, les mots : « École nationale supérieure de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « École nationale de la protection sociale ».*

*Article 15 bis A (nouveau)*

*Au 1° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation, les mots : « autres que la France » sont supprimés et les mots : « à un troisième cycle de médecine générale ou spécialisée » sont remplacés par les mots : « au troisième cycle des études médicales ».*

*Article 15 bis*

I. - Après l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est rétabli un article L. 632-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-6.* - Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis ...

... ces études, peuvent ...

... public.

« Ce ...

... formation, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

« À ...

... d'interne *sur* une liste établie chaque année par arrêté ...

... supérieur, *en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés à l'alinéa précédent.*

« Au cours de la dernière année *de leurs études*, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent *leur futur lieu d'exercice* sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, *de lieux d'exercice où le schéma visé à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.* Le directeur général de l'agence régionale de santé *dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions* peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur *exercice*. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé *dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.*

« Les ...

... égale *les* sommes perçues au titre de ce contrat.

Alinéa sans modification

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

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.

Article 16

I. - L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6314-1. - La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement par l'agence régionale de santé.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 15 *ter*

**Supprimé**

Article 15 *quater*

À compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant ...

... à :

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Non modifié

Article 16 A (nouveau)

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique, après les mots : « à l'article L. 162-22-14 du même code », sont insérés les mots : « , des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales, ».

Article 16

I. - Alinéa sans modification

« Art. L. 6314-1. - La ...

... médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

II. - Après l'article L. 6314-1 du même code, sont insérés deux articles L. 6314-2 et L. 6314-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6314-2.* - L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé entre dans le champ couvert par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes énoncés dans le présent alinéa est nulle.

« *Art. L. 6314-3.* - Les modalités d'application de l'article L. 6314-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »

III et IV. - **Supprimés**

V. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

VI. - Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Alinéa sans modification

« *Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire.* »

*I bis (nouveau).* - Dans les régions dont le territoire, pour tout ou partie, est situé en zone de montagne, le directeur général de l'agence régionale de santé communique chaque année aux comités de massif intéressés institués par l'article 7 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne un rapport sur l'organisation de la permanence des soins au sein des territoires relevant de leur compétence respective. Après en avoir délibéré, chaque comité de massif, pour ce qui le concerne, rend un avis public sur ce rapport annuel.

II. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 6314-2.* - L'activité ...

... santé est couverte par le régime ...

... nulle.

« *Art. L. 6314-3.* - Alinéa sans modification

III et IV. - **Suppressions maintenues**

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

VII (*nouveau*). - Le titre I<sup>er</sup> du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*

« *Continuité des soins en médecine ambulatoire*

« *Art. L. 6315-1.* - Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret.

« Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des médecins.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé s'assure, en collaboration avec le conseil départemental de l'ordre, que les organisations prévues permettent de répondre aux besoins de la population. »

Article 16 bis (*nouveau*)

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

VII. - Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 6315-1.* - *La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque ...*

... décret.

« Le ...

... continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé. »

***Alinéa supprimé***

Article 16 bis

*I A (nouveau).* - 1. *Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 3 intitulée : « Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique », comprenant les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-3-2, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L. 161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale, qui deviennent respectivement les articles L. 1111-14, L. 1111-15, L. 1111-16, L. 1111-17, L. 1111-18, L. 1111-19, L. 1111-20, L. 1111-21, L. 1111-22, L. 1111-23 et L. 1111-24 du code de la santé publique.*

2. *En conséquence, les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-3-2, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L. 161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale sont abrogés.*

*I B (nouveau).* - *L'article L. 1111-15 du code de la santé publique est ainsi modifié :*

1° *Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :*

« *L'accès au dossier médical personnel des professionnels mentionnés au premier alinéa est subordonné à l'autorisation que donne le patient d'accéder à son dossier. » ;*

2° *Le dernier alinéa est supprimé.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

I. - Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-36-3-2. - Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 et avant le 31 décembre 2010, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expérimental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 161-36-4-3 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation. Avant le 15 septembre de chaque année, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-1 et l'article L. 161-36-3-1 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, garantissant notamment la confidentialité des données contenues par les dossiers médicaux personnels. »

II. - Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 du même code est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

Article 17

I. - Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, sont insérées les dispositions suivantes :

« LIVRE PRÉLIMINAIRE  
« DISPOSITIONS COMMUNES

« TITRE I<sup>ER</sup>  
« COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS  
DE SANTÉ

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4011-1. - Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

I. - Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale *qui devient l'article L. 1111-19 du code de la santé publique*, il est inséré un article L. 161-36-3-2 *qui devient l'article L. 1111-20 du code de la santé publique* ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-20. - Avant ...

... L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 fixe ...

... bilan.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-14 et l'article L. 1111-19 ne sont ...

... article.

« Un ...

... contenues *dans* les dossiers médicaux personnels. »

II. - Après ...

... l'article L. 1111-14 du code de la santé publique est ainsi ...

... section. »

Article 17

I. - Au ...  
... publique, *il est ajouté un livre préliminaire ainsi rédigé :*

Divisions  
et intitulés sans modification

« Art. L. 4011-1. - Pour ...

... s'engager, *à leur initiative*, dans une démarche ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé, à leur initiative, soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence soumet à la Haute Autorité de santé les protocoles qui répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional et qu'elle a attestés.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Art. L. 4011-3. - Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni les éléments pertinents relatifs à son expérience acquise dans le domaine considéré et à sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... L. 4011-3.

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que le protocole répond à un besoin de santé constaté au niveau régional puis le soumet à la Haute Autorité de santé.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Art. L. 4011-3. - Alinéa sans modification

« L'agence ...

... santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur ... ... fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

Alinéa sans modification

« L'agence ...

... protocole, pour des motifs et selon des modalités ...

... santé. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

II. - L'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé.

Article 17 bis (nouveau)

I. - L'article L. 2323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les premier et deuxième alinéas sont supprimés ;

2° Après la référence : « L. 5311-1 », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « peuvent être assurés par des lactariums gérés par des établissements publics de santé, des collectivités publiques ou des organismes sans but lucratif et autorisés à fonctionner par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région siège de l'implantation du lactarium. » ;

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les activités réalisées par les lactariums à partir du lait maternel mentionné au 8° de l'article L. 5311-1 doivent être réalisées en conformité avec des règles de bonnes pratiques définies par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

II. - L'article L. 2323-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2323-3. - Les modalités d'application du présent chapitre, et notamment les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums, sont déterminées par décret. »

Article 17 ter (nouveau)

I. - L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de cette contribution forfaitaire. » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

II. - Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2009. Avant cette date, les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale peuvent définir des dérogations à l'obligation prévue à l'article L. 161-35 du même code, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

II. - Non modifié

Article 17 bis

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Après ...

... rédigée : « sont assurés ...

... lactarium. » ;

3° Non modifié

II. - Non modifié

Article 17 ter

I. - Non modifié

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 18

I. - L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, pour tout autre motif visé au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou au conseil départemental de l'ordre professionnel compétent les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Lorsqu'il est saisi de ces éléments, le président du conseil départemental de l'ordre ou le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

« La conciliation est menée par une commission mixte de conciliation composée à parité de représentants du conseil départemental de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

« En cas d'échec de la conciliation, le conseil départemental transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente avec son avis motivé dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 18

*III (nouveau). - Après le premier alinéa de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »*

I. - Alinéa sans modification

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne *pour l'un des motifs visés* au premier alinéa de l'article 225-1 ...

... familles.

« Toute ...

... peut *saisir* le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le *président du conseil territorialement compétent* de l'ordre professionnel *concerné* des faits qui permettent d'en présumer l'existence. *Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire* en accuse ...

... plainte.

« *Hors cas de récidive*, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil *territorialement compétent* de l'ordre professionnel *concerné* et de l'organisme local d'assurance maladie.

« En cas d'échec de la conciliation, *ou en cas de récidive*, le *président du conseil territorialement compétent* transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente avec son avis motivé *et* en s'y associant le cas échéant.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« En cas de carence du conseil départemental, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. S'il se dégage de sa mission, le professionnel de santé doit alors en avvertir le patient et transmettre au professionnel de santé désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

II. - Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° **Supprimé**

2° Après l'article L. 162-1-14, il est inséré un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-14-1.* - Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

« 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

« 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :

« - une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;

« - une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« En cas de carence du conseil *territorialement compétent*, dans un délai fixé par voie réglementaire, le directeur ...

... sociale.

Alinéa sans modification

« Hors ...

... soins. *La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1.* »

II. - Alinéa sans modification

1° **Suppression maintenue**

2° Alinéa sans modification

« *Art. L. 162-1-14-1.* - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« - en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive, dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire. »

III. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

*Article 18 bis (nouveau)*

Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-18.* - Les assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt-cinq ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation à visée préventive, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais.

« Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir la mise en œuvre, pour une période limitée, sous forme expérimentale au bénéfice d'une partie de la population concernée. »

*Article 18 ter (nouveau)*

I. - Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-19.* - Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manque-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Alinéa sans modification

« Les ...

... récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

« *L'organisme local d'assurance maladie informe l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la sanction prononcée en vertu du présent article, ainsi que des motifs de cette sanction.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

III. - Non modifié

*Article 18 bis*

Alinéa sans modification

« *Art. L. 162-1-18.* - Les ...

... consultation *de prévention*, réalisée ...

... frais.

« Un ...

... prévoir, pour une période limitée, *une expérimentation* au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

*Article 18 ter*

I. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

ment à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

« L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées. »

II. - Après le 2° de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Dans le cas de non-respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires ou dans le cas de méconnaissance des dispositions de l'article L. 1110-3, l'amende, dont le montant ne peut excéder 10 000 € ; ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

II. - **Supprimé**

*Article 18 quater A (nouveau)*

*Le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue aux articles R. 5211-21 à R. 5211-24. »*

*Article 18 quater B (nouveau)*

*Après le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« En outre, lorsque la personne responsable des dommages est un professionnel de santé exerçant à titre libéral conventionné pratiquant les tarifs fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, l'office ne peut exercer d'action subrogatoire contre ce professionnel ou, le cas échéant, son assureur, lorsque les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code sont dépassés. »*

Article 18 quater

..... Conforme .....

Article 19

I A (*nouveau*). - Le chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

Article 19

I A. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

I. - Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du même code sont remplacés par les articles L. 4133-1 à L. 4133-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4133-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

« *Art. L. 4133-2.* - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu agréé les actions ou organismes intervenant dans ce champ.

« *Art. L. 4133-3.* - Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu des médecins.

« *Art. L. 4133-4.* - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

II. - Après le titre I<sup>er</sup> du livre préliminaire de la quatrième partie du même code tel qu'il résulte de l'article 17, il est inséré un titre II ainsi rédigé :

« *TITRE II*  
**« GESTION DES FONDS DU DÉVELOPPEMENT  
PROFESSIONNEL CONTINU  
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 4021-1.* - La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par l'organisme gestionnaire du développe-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

I. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 4133-1.* - Non modifié

« *Art. L. 4133-2.* - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, *après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.*

« *Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.*

« *Art. L. 4133-3.* - Non modifié

« *Art. L. 4133-4.* - Non modifié

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

ment professionnel continu. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.

« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu et est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés participant aux actions de développement professionnel continu.

« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu peut comporter des sections spécifiques à chaque profession.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles de composition du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections, sont fixées par voie réglementaire. »

III. - A. - L'alinéa unique des 14° de l'article L. 162-5, 3° des articles L. 162-14 et L. 162-16-1, 2° des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 et 7° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

B. - Après le 7° de l'article L. 162-9 du même code, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

IV. - L'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.

V. - L'article L. 4143-1 du code de la santé publique est remplacé par quatre articles L. 4143-1 à L. 4143-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4143-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes.

« *Art. L. 4143-2.* - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les chirurgiens-dentistes satisfont à leur obligation de développement professionnel odontologique continu

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 4143-1.* Non modifié

« *Art. L. 4143-2.* - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu agréé les actions ou organismes intervenant dans ce champ.

« Art. L. 4143-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les chirurgiens-dentistes de leur obligation de développement professionnel continu.

« Art. L. 4143-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux chirurgiens-dentistes salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

VI. - Les articles L. 4236-1 à L. 4236-6 du même code sont remplacés par quatre articles L. 4236-1 à L. 4236-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4236-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les pharmaciens tenus pour exercer leur art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7.

« Art. L. 4236-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les pharmaciens satisfont à leur obligation de développement professionnel pharmaceutique continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu agréé les actions ou organismes intervenant dans ce champ.

« Art. L. 4236-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre de leur obligation de développement professionnel continu.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, *après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.*

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« Art. L. 4143-3. - Non modifié

« Art. L. 4143-4. - Non modifié

VI. - Alinéa sans modification

« Art. L. 4236-1. - Non modifié

« Art. L. 4236-2. - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, *après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.*

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

« Art. L. 4236-3. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7, leurs employeurs s'assurent du respect de leur obligation de développement professionnel continu.

« *Art. L. 4236-4.* - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux pharmaciens salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

VII. - L'article L. 4153-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4153-1.* - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes. »

VIII. - Après l'article L. 4153-1, sont insérés trois articles L. 4153-2 à L. 4153-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4153-2.* - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les sages-femmes satisfont à leur obligation de développement professionnel continu en maïeutique ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu agréé les actions ou organismes intervenant dans ce champ.

« *Art. L. 4153-3.* - Les instances ordinales s'assurent du respect par les sages-femmes de leur obligation de développement professionnel continu.

« *Art. L. 4153-4.* - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux sages-femmes salariées d'assumer leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

IX. - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 4133-1, L. 4143-1 et L. 4236-1 ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« *Art. L. 4236-4.* - Non modifié

VII. - Non modifié

VIII. - Après l'article L. 4153-1 *du même code*, sont insérés trois articles L. 4153-2 à L. 4153-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4153-2.* - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, *après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.*

« *Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.*

« *Art. L. 4153-3.* - Non modifié

« *Art. L. 4153-4.* - Non modifié

IX. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

X. - Aux articles L. 6155-1 et L. 6155-4 du même code, le mot : « biologistes, » est supprimé.

*X bis (nouveau).* - Le chapitre V du titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du même code est intitulé : « Développement professionnel continu ».

*X ter (nouveau).* - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « formation continue » sont remplacés par les mots : « développement professionnel continu ».

*X quater (nouveau).* - Au premier alinéa de l'article L. 6155-4 du même code, les mots : « à la formation continue » sont remplacés par les mots : « au développement professionnel continu » et les mots : « telle qu'elle est organisée » sont remplacés par les mots : « tel qu'il est organisé ».

XI. - Les articles L. 6155-2, L. 6155-3 et L. 6155-5 du même code sont abrogés.

XII. - L'article L. 4242-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4242-1.* - Le développement professionnel continu a pour but d'assurer le perfectionnement des connaissances et le développement des compétences en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et l'amélioration de la qualité des soins.

« Le développement professionnel continu est une obligation pour les préparateurs en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

XIII. - L'article L. 4382-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4382-1.* - Le développement professionnel continu a pour but d'assurer le perfectionnement des connaissances et le développement des compétences en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et l'amélioration de la qualité des soins.

« Le développement professionnel continu est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*IX bis (nouveau).* - À l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « participant au service public hospitalier » sont remplacés par les mots : « d'intérêt collectif ».

X. - Non modifié

*X bis.* - Non modifié

*X ter.* - Non modifié

*X quater.* - Non modifié

XI. - Non modifié

XII. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 4242-1.* - Le développement professionnel continu a pour *objectifs* l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Alinéa sans modification

XIII. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 4382-1.* - Le développement professionnel continu a pour *objectifs* l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

XIV. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens et les droits et obligations contractés par l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu font l'objet d'une convention entre ces deux organismes. Si, à cette date, l'exécution du budget de l'organisme gestionnaire conventionnel présente un résultat excédentaire, l'excédent constaté est intégralement reversé aux caisses nationales d'assurance maladie signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 du même code. Si, dans un délai de six mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la convention entre les organismes n'a pas été signée, il revient au ministre chargé de la santé d'opérer les opérations nécessaires au transfert.

Ce transfert est effectué à titre gratuit et ne donne lieu ni à indemnité, ni à perception de droits ou taxes, ni à versement de salaires ou honoraires.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XIV. - Non modifié

*XIV bis (nouveau). - Au chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 4381-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 4381-1. - Les auxiliaires médicaux concourent à la mission de service public relative à la formation initiale des étudiants et élèves auxiliaires médicaux.*

*« À ce titre, ils peuvent accueillir, pour des stages à finalité pédagogique nécessitant leur présence constante, des étudiants et élèves auxiliaires médicaux en formation.*

*« La réalisation de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée de ces praticiens. Les stagiaires peuvent bénéficier de l'indemnisation de contraintes liées à l'accomplissement de leurs stages, à l'exclusion de toute autre rémunération ou gratification au sens de l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. »*

*XIV ter (nouveau). - Le 6° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :*

*1° Les mots : « bilan de compétences effectué » sont remplacés par les mots : « bilan de compétences ou à des actions préparant à la validation des acquis de l'expérience, effectués » ;*

*2° Les mots : « des salaires inscrits à leur budget, au sens du 1 de l'article 231 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « du montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, inscrit à l'état des prévisions de recettes et de dépenses ».*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

XV. - Les II, III et IV entrent en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XIV.

*Article 19 bis (nouveau)*

Le titre V du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans l'intitulé, les mots : « et thérapeutiques » sont remplacés par les mots : « , thérapeutiques ou esthétiques » ;

2° Le chapitre unique devient un chapitre I<sup>er</sup> et est intitulé : « Mesures de protection » ;

3° Après l'article L. 1151-1, sont insérés les articles L. 1151-2 et L. 1151-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1151-2.* - La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée esthétique autres que ceux relevant de l'article L. 6322-1 peut, si elle présente des risques pour la santé des personnes, être soumise à des règles, définies par décret, relatives à la formation et la qualification des professionnels pouvant les mettre en œuvre, à la déclaration des activités exercées et à des conditions techniques de réalisation.

« Elle peut également être soumise à des règles de bonnes pratiques de sécurité fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 1151-3.* - Les actes à visée esthétique dont la mise en œuvre présente un danger grave ou une suspicion de danger grave pour la santé humaine peuvent être interdits par décret. Toute décision de levée de l'interdiction est prise en la même forme après avis du Haut conseil de la santé publique. » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XIV.

*Article 19 bis B (nouveau)*

Après l'article L. 4151-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4151-7-1.* - La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université pour le ou les sites concernés, et notamment le mode d'administration et les conditions de mise en œuvre. »

*Article 19 bis*

Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Après l'article L. 1151-1, sont insérés deux articles L. 1151-2 et L. 1151-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1151-2.* - Non modifié

« *Art. L. 1151-3.* - Les ...

... avis de la Haute Autorité de santé. » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

4° Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*  
« *Sanctions administratives*

« *Art. L. 1152-1.* - En cas d'exercice d'une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions de l'article L. 1151-2, l'autorité administrative peut suspendre le droit d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de six mois.

« Si, au terme de la durée maximale de suspension, l'intéressé ne s'est pas mis en conformité avec les règles applicables, l'autorité administrative prononce l'interdiction d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de cinq ans. L'activité ne peut être reprise à la fin de la période d'interdiction que si l'intéressé justifie s'être mis en conformité avec les règles en vigueur.

« *Art. L. 1152-2.* - L'autorité administrative peut prononcer une sanction financière à l'encontre du professionnel ayant exercé une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions des articles L. 1151-2 ou L. 1151-3 et, le cas échéant, de la personne morale qui a admis la pratique d'une telle activité dans un organisme ou un établissement dont elle est responsable. Le montant maximum de la sanction est fixé à 37 500 € pour les personnes physiques et à 150 000 € pour les personnes morales. »

Article 19 *ter* (nouveau)

I. - Le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « et notamment les conditions nécessaires de moralité, d'indépendance et de compétence ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

4° Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1152-1.* - Alinéa sans modification

« Si, au terme de la durée de suspension, ...

... vigueur.

« *Art. L. 1152-2.* - Non modifié

Article 19 *ter*

I. - Non modifié

*I bis (nouveau).* - Après le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée sur demande explicite de son bénéficiaire.

« Il incombe au conseil départemental de tenir à jour le tableau et, le cas échéant, de radier de celui-ci les praticiens qui, par suite de l'intervention de circonstances avérées postérieures à leur inscription, ont cessé de remplir ces conditions. »

*I ter (nouveau).* - Après le premier alinéa de l'article L. 4112-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités selon lesquelles le conseil départemental vérifie que l'intéressé ne présente pas d'insuffisance profes-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

II. - Le deuxième alinéa de l'article L. 4112-4 du même code est ainsi rédigé :

« Les décisions du conseil régional en matière d'inscription au tableau sont notifiées sans délai par le conseil régional au médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme qui en est l'objet, au conseil départemental et au conseil national de l'ordre. »

III. - À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4113-14 du même code, les mots : « ou un état pathologique du professionnel » sont remplacés par les mots : « , un état pathologique ou l'insuffisance professionnelle du praticien ».

IV. - L'article L. 4122-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La cotisation doit être réglée au cours du premier trimestre de l'année civile en cours. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, le mot : « surveillance » est remplacé par les mots : « valide et contrôle » ;

3° Après le mot : « départementaux », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « . Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*sionnelle, d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession sont prévues par décret en Conseil d'État. »*

II. - L'article L. 4112-4 du même code est ainsi *modifié* :

*1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :*

Alinéa sans modification

*2° (nouveau) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

*« Faute pour les personnes intéressées d'avoir régulièrement frappé d'appel une décision d'inscription, le conseil national peut, dans un délai de trois mois à compter de l'expiration du délai d'appel, retirer cette décision lorsque celle-ci repose sur une inexactitude matérielle ou une erreur manifeste d'appréciation des conditions auxquelles est subordonnée l'inscription. »*

*II bis (nouveau). - L'article L. 4113-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4124-6. »*

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

4° Après l'avant-dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par le règlement de trésorerie élaboré par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales.

« Les conseils doivent préalablement l'informer de la création et lui rendre compte de la gestion de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

V. - La deuxième phrase du IV de l'article L. 4122-3 du même code est supprimée.

VI. - Après l'article L. 4122-4 du même code, il est inséré un article L. 4122-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4122-5.* - Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil national et la durée des mandats de ses membres. »

VII. - L'article L. 4123-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental et la durée des mandats de ses membres. »

VIII. - À la fin de l'article L. 4123-5 du même code, les mots : « depuis au moins trois ans » sont supprimés.

IX. - L'article L. 4123-6 du même code est abrogé.

X. - Au premier alinéa de l'article L. 4123-8 du même code, les mots : « , également renouvelables par tiers tous les deux ans, » sont supprimés.

XI. - Après le mot : « République », la fin de l'article L. 4124-2 du même code est ainsi rédigée : « , le conseil national et le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. Lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut également saisir la chambre disciplinaire de première instance. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

VII. - Non modifié

VIII. - Non modifié

IX. - Non modifié

X. - Non modifié

XI. - L'article L. 4124-2 du même code est ainsi *modifié* :

1° Après le mot : « République », la fin de l'article est ainsi rédigée : « , le conseil ...

... instance. » ;

2° (*nouveau*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de cette fonction, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département ou le procureur de la Républi-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

que ».

XII. - L'article L. 4124-4 du même code est abrogé et au premier alinéa de l'article L. 4126-6 du même code, la référence : « L. 4124-4, » est supprimée.

XII. - Non modifié

XIII. - Après l'article L. 4124-6 du même code, il est inséré un article L. 4124-6-1 ainsi rédigé :

XIII. - Non modifié

« *Art. L. 4124-6-1.* - Lorsque les faits reprochés à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application de l'article L. 4124-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation telle que définie par l'article L. 4133-1 pour les médecins, L. 4143-1 pour les chirurgiens-dentistes et L. 4153-1 pour les sages-femmes.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

XIV. - La deuxième phrase du IV de l'article L. 4124-7 du même code est supprimée.

XIV. - Non modifié

XV. - L'article L. 4124-8 du même code est ainsi modifié :

XV. - Non modifié

1° À la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « du conseil départemental de l'ordre intéressé » sont remplacés par les mots : « de la chambre compétente » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque la demande a été rejetée par une décision devenue définitive, elle ne peut être représentée qu'après un délai de trois années à compter de l'enregistrement de la première requête à la chambre disciplinaire de première instance. »

XVI. - Le I de l'article L. 4124-11 du même code est ainsi modifié :

XVI. - Alinéa sans modification

1° *Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :*

« *Il est consulté par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les questions et les projets relevant de ses compétences.* » ;

1° La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

2° La ...  
... supprimée ;

2° Après l'avant-dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

3° Après ...

... rédigé :

« Le conseil peut, dans les matières énumérées aux deux alinéas précédents, statuer en formation restreinte. »

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

XVII. - Après l'article L. 4125-3 du même code, il est inséré un article L. 4125-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4125-3-1.* - Les fonctions de membre d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président et les membres du bureau d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre peuvent bénéficier d'une indemnité.

« Les membres d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national peuvent également percevoir des indemnités.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national.

« Les modalités d'attribution des indemnités mentionnées aux deuxième et troisième alinéas sont fixées par décret. »

XVIII. - Au deuxième alinéa de l'article L. 4125-4 du même code, le mot : « tiers » est remplacé par le mot : « moitié », et les mots : « trois, six ou neuf ans ou de deux, quatre ou six » sont remplacés par les mots : « trois ou six ».

XIX. - L'article L. 4132-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « quarante et un » sont remplacés par les mots : « cinquante et un » ;

2° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, le mot : « Trente-trois » est remplacé par le mot : « Quarante-six » ;

b) Le *a* est complété par les mots : « hors Île-de-France » ;

c) Le début du *b* est ainsi rédigé : « *b*) Pour la région Île-de-France, douze membres, répartis... (*le reste sans changement*). » ;

d) Après le *b*, il est inséré un *b bis* ainsi rédigé :

« *b bis*) Deux membres supplémentaires pour le ressort territorial de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et deux pour le ressort territorial de la région Rhône-Alpes ; »

e) Au *c*, le mot : « deux » est remplacé, par deux fois, par le mot : « neuf » ;

3° Le 4° est abrogé.

XX. - L'article L. 4132-2 du même code est abrogé.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XVII. - Non modifié

XVIII. - Non modifié

XIX. - Non modifié

XX. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

XXI. - L'article L. 4132-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « , des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « sur les comptes du conseil national de l'ordre » sont remplacés par les mots : « sur les comptes du conseil national, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La commission peut s'adjoindre les services et compétences techniques extérieurs au conseil de l'ordre qui lui sont nécessaires. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les fonctions de président de la commission de contrôle des comptes et placements financiers du Conseil national de l'ordre des médecins sont incompatibles avec toutes fonctions exécutives au sein d'un conseil national, régional, interrégional ou départemental. »

XXII. - L'article L. 4132-9 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « ou son représentant » ;

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Un représentant des médecins salariés désigné par le président du tribunal administratif si la chambre disciplinaire ne comprend aucun médecin de cette catégorie. » ;

3° Le 3° est abrogé et le dernier alinéa est supprimé.

XXIII. - Les trois derniers alinéas de l'article L. 4142-1 du même code sont supprimés.

XXIV. - L'article L. 4142-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4142-5. - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXV. - Le dernier alinéa de l'article L. 4152-1 du même code est supprimé.

XXVI. - L'article L. 4152-4 du même code est abrogé.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XXI. - Non modifié

XXII. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° *Supprimé*

3° *Supprimé*

XXIII. - Non modifié

XXIV. - Non modifié

XXV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

XXVII. - L'article L. 4152-8 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4152-8.* - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoind, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXVIII. - L'article L. 4221-19 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les co-contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4234-6. »

XXIX. - À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 4222-4 du même code, les mots : « ou G » sont remplacés par les mots : « , G ou H » et les mots : « si les garanties de moralité professionnelle » sont remplacés par les mots : « si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance professionnelle ».

XXX. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4231-4 du même code est ainsi rédigé :

« La durée du mandat des membres élus ou nommés du conseil national de l'ordre est de six ans. Le conseil national est renouvelable par moitié tous les trois ans. »

XXXI. - L'article L. 4231-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4231-5.* - Le conseil national élit en son sein un bureau de neuf membres, composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et de six conseillers. Parmi ces neuf membres figurent au moins deux pharmaciens titulaires d'officine et un pharmacien de chacune des autres sections de l'ordre.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil national et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil national. »

XXXII. - Après l'article L. 4231-6 du même code, il est inséré un article L. 4231-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4231-7.* - Après avis des conseils centraux, le conseil national vote le budget général de l'ordre destiné

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XXVII. - Non modifié

XXVIII. - Non modifié

XXIX. - L'article L. 4222-4 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « ou G » ...

... professionnelle » ;

2° (nouveau) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire. »

XXX. - Non modifié

XXXI. - Non modifié

XXXII. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

à couvrir les frais d'installation et de fonctionnement des différents conseils et délégations ordinaires, ainsi que leurs frais communs.

« Le conseil national fixe le montant de la cotisation annuelle obligatoire demandée à chaque personne physique ou morale inscrite aux tableaux en fonction de sa catégorie. Il recouvre cette cotisation qui doit être acquittée dans les trente jours de son appel.

« Aucune cotisation n'est due par les réservistes sanitaires dès lors qu'ils n'exercent la profession qu'à ce titre.

« Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession pharmaceutique ainsi que les œuvres d'entraide.

« Le conseil national contrôle la gestion des conseils centraux et régionaux de l'ordre des pharmaciens. Il peut demander tout document qui lui semble nécessaire à ce contrôle.

« Ces modalités de contrôle sont fixées dans le règlement budgétaire et comptable de l'ordre édicté par le conseil national, après avis des conseils centraux, applicable à l'ensemble des instances ordinaires.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes de l'ordre des pharmaciens. »

XXXIII. - L'article L. 4232-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « trois » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le conseil central élit en son sein un bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et d'au moins deux autres conseillers. Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bureau prépare les délibérations du conseil central et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil central. »

XXXIV. - L'article L. 4232-6 du même code est ainsi modifié :

1° Au 1°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au 3°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six », et après la deuxième occurrence des mots : « cent cinquante pharmaciens d'officine », sont insérés les

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XXXIII. - Non modifié

XXXIV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

mots : « , cinq pour le département du Nord » ;

3° Les deux derniers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil régional élit en son sein un bureau composé d'au moins trois membres dont un président, un vice-président et un trésorier. Ce bureau comprend au moins un élu de chacun des départements de la région.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil régional et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil régional. »

XXXV. - L'article L. 4232-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Douze pharmaciens inscrits au tableau de la section B, élus par ces pharmaciens. » ;

3° Le 4° est abrogé.

XXXVI. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-8 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-9 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVIII. - L'article L. 4232-11 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « un ou plusieurs délégués » sont remplacés par les mots : « pour six ans un délégué unique ou plusieurs délégués et un président de délégation » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

XXXIX. - À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 4232-12 du même code, les mots : « motivée si les garanties de moralité » sont remplacés par les mots : « écrite motivée si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance ».

XL. - À la première phrase de l'article L. 4232-13 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXV. - Non modifié

XXXVI. - Non modifié

XXXVII. - Non modifié

XXXVIII. - Non modifié

XXXIX. - Non modifié

XL. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

XLI. - L'article L. 4232-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil central de la section E est composé de membres nommés ou élus pour six ans.

« Le conseil central de la section E comprend :

« 1° Les présidents des délégations et les délégués uniques prévus à l'article L. 4232-11 ;

« 2° Les représentants prévus à l'article L. 4232-13 ;

« 3° Un pharmacien inspecteur de santé publique représentant à titre consultatif le ministre chargé de la santé. » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « pleins » est supprimé.

XLII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-15 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XLIII. - L'article L. 4232-15-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Le 3° est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - au moins un pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur d'un service départemental d'incendie et de secours et au moins un radiopharmacien. »

XLIV. - Les cinq premiers alinéas et le dernier alinéa de l'article L. 4233-4 du même code sont supprimés.

XLV. - Après l'article L. 4233-4 du même code, il est inséré un article L. 4233-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 4233-5. - Les fonctions de membre du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation de la section E sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président, le vice-président, le trésorier d'un conseil, les membres du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation peuvent bénéficier d'indemnités dont les modalités d'attribution sont fixées par décret.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XLI. - Non modifié

XLII. - Non modifié

XLIII. - Alinéa sans modification

1° Au premier alinéa, le nombre : « quatorze » est remplacé par le nombre : « seize » et le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « six » ;

2° Au 3°, le nombre : « douze » est remplacé par le nombre : « quatorze » et il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :  
Alinéa sans modification

XLIV. - Non modifié

XLV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

XLVI. - Au dernier alinéa de l'article L. 4234-1 du même code, les mots : « sa section permanente » sont remplacés par les mots : « son bureau ».

XLVII. - Après l'article L. 4234-6 du même code, il est inséré un article L. 4234-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4234-6-1.* - Lorsque les faits reprochés au pharmacien ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre de discipline peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application des 1° à 4° de l'article L. 4234-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation dans les conditions de l'article L. 4236-1.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

XLVIII. - Dispositions transitoires.

1. Pour l'ordre national des médecins :

- les membres titulaires et suppléants du conseil national et des conseils départementaux sont répartis en trois fractions numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon la date de leur élection et l'ordre chronologique d'échéance de leur mandat de six ans ;

- le mandat des membres de la première fraction venant à échéance après la publication de la présente loi est prorogé pour une durée de deux ans ;

- les membres de la deuxième fraction sont, après tirage au sort effectué en séance plénière par l'instance nationale ou départementale à laquelle ils appartiennent, répartis en deux groupes égaux ou, le cas échéant, par moitié arrondie au nombre entier inférieur le plus proche. Le mandat des conseillers du premier groupe n'est pas modifié. Le mandat des conseillers du second groupe est prorogé pour une durée de trois ans ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième fraction et le second renouvellement, concernant les membres du second groupe constitué à l'alinéa précédent et ceux de la troisième fraction, dont le mandat est prorogé d'un an, interviendra trois ans plus tard ;

- les élections dont la date a été annoncée avant la publication de la présente loi se poursuivent selon la procédure en vigueur à la date de l'annonce.

2. Pour l'ordre national des sages-femmes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

- le mandat du conseiller national élu en 2004 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2006 n'est pas modifié et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2008 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2015 ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XLVI. - Non modifié

XLVII. - Non modifié

XLVIII. - Alinéa sans modification

1. Non modifié

2. Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

*b)* Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- les conseils départementaux sont composés de trois séries de candidats ayant un mandat de six ans. Les séries sont numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon leur prochain renouvellement dans l'ordre chronologique ;

- le mandat de la première série est prolongé pour une durée de deux ans ;

- pour les conseillers de la deuxième série, le bureau du conseil départemental réparti par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié. Le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort n'est pas modifié. Le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort est prolongé pour une durée de trois ans ;

- le mandat des conseillers de la troisième série est prolongé pour une durée d'un an ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième série et le second renouvellement trois ans plus tard.

3. Pour l'ordre national des chirurgiens-dentistes :

*a)* Pour le renouvellement du conseil national :

- pour les conseillers qui seront élus en 2009, le bureau du conseil national réparti par tirage au sort, en séance publique, les quatre sièges qui auront un mandat de six ans qui prendra fin en 2015 et les trois sièges qui auront un mandat de trois ans qui prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers élus en 2005 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2012 ;

- le mandat des conseillers élus en 2007 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2015 ;

- le premier renouvellement par moitié du conseil national aura lieu en 2012 et le second en 2015 ;

*b)* Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- pour les conseillers qui seront élus en 2010, le bureau de chaque conseil départemental réparti par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié ;

- le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort est d'une durée de trois ans et prendra fin en 2013 ;

- le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort n'est pas modifié et prendra fin en 2016 ;

- le mandat des conseillers élus en 2006 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2013 ;

- le mandat des conseillers élus en 2008 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2016 ;

- le premier renouvellement par moitié des conseils aura lieu en 2013 et le second en 2016.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

3. Alinéa sans modification

*a)* Alinéa sans modification

- pour les conseillers élus en 2009 ...

... 2012,

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

*b)* Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

4. Pour le conseil national de l'ordre des pharmaciens :

le mandat des membres des conseils de l'ordre national des pharmaciens élus ou nommés en 2007 pour quatre ans est prolongé d'une année.

*Article 19 quater (nouveau)*

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir la communication.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. »

II. - L'article L. 4312-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conseils départementaux sont institués lorsque

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

4. Pour l'ordre *national* des pharmaciens :

- la durée des mandats de conseillers ordinaires élus ou nommés en 2007 est portée à cinq ans ;

- la durée des mandats des conseillers ordinaires élus en 2009 pour remplacer des conseillers élus en 2007 est portée à trois ans ;

- les autres conseillers élus ou nommés en 2009 ont un mandat de six ans ;

- les bureaux élus en mai ou juin 2009 ont un mandat de trois ans ;

- les membres du conseil central de la section B élus en 2007 ou en 2009 conserveront leur mandat, respectivement, jusqu'en juin 2012 ou juin 2015 ;

- après tirage au sort suivant l'élection des membres du conseil central H mentionnés au 2° du XLIII du présent article, les mandats de ces membres viendront à échéance, respectivement, en juin 2012 ou juin 2015.

*Article 19 quater*

I. - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Ces ...

... procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. »

*I bis (nouveau).* - À l'article L. 4311-16 du même code, le mot : « légales » est remplacé par les mots : « de compétence, de moralité et d'indépendance ».

*I ter (nouveau).* - Les deuxième et dernier alinéas de l'article L. 4312-1 du même code sont ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

« Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'État. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. »

II. - **Supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

la démographie de la profession est égale ou supérieure à 100 000 sur l'ensemble du territoire français. Lorsque la démographie de la profession est inférieure à 100 000, les dispositions du présent code relatives aux attributions des conseils départementaux sont applicables aux conseils régionaux et interrégionaux. »

III. - Le II de l'article L. 4312-3 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas, la deuxième phrase du sixième alinéa et les deux derniers alinéas sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental, la durée du mandat des conseillers départementaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

IV. - Le III de l'article L. 4312-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil régional, la durée du mandat des conseillers régionaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

V. - Au deuxième alinéa du IV du même article, après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 ».

VI. - Le dernier alinéa du II de l'article L. 4312-7 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux ainsi que des partenaires. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinaires. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte du fonctionnement et de la gestion de tous les organismes qui dépendent d'eux.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

*VI bis (nouveau). - Le II de l'article L. 4312-7 du même code est ainsi modifié :*

*1° Au premier alinéa, le mot : « unique » est supprimé ;*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

VII. - Le III du même article est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil régional, la durée du mandat des conseillers régionaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

VIII. - À l'article L. 4312-9 du même code, la référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

IX. - L'article L. 4321-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie. » ;

2° Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »

X. - L'article L. 4321-14 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conseils départementaux sont institués lorsque la démographie de la profession est égale ou supérieure à 100 000 sur l'ensemble du territoire français. Lorsque la démographie de la profession est inférieure à 100 000, les dispositions du présent code relatives aux attributions des

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession d'infirmier ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. »

VII. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

« Un ...

... conseil national, la durée du mandat des conseillers *nationaux* et ...  
... mandats. »

VIII. - Non modifié

*VIII bis (nouveau).* - Aux articles L. 4312-2 à L. 4312-5 et L. 4312-7 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux ».

IX. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Non modifié

Alinéa sans modification

« Ces ...

... procéder *dans des conditions fixées par décret* à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »

X. - **Supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

conseils départementaux sont applicables aux conseils régionaux et interrégionaux. »

XI. - L'article L. 4321-16 du même code est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils départementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

XII. - L'article L. 4321-19 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4123-17 », sont insérés les mots : « , premier alinéa, » ;

2° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

3° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

XIII. - L'article L. 4322-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent au tableau tenu par l'ordre et peuvent en obtenir copie. » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

XI. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° *Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :*  
Alinéa sans modification

*« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de masseur-kinésithérapeute ou à une insuffisance d'élus ordinaux, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. ».*

XII. - Non modifié

*XII bis (nouveau). - Aux articles L. 4321-10, L. 4321-14 et L. 4321-16 à L. 4321-18 du même code, après les mots : « conseil départemental » et les mots : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » et les mots : « ou interdépartementaux ».*

XIII. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

2° Après le troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des pédicures-podologues a un droit d'accès aux listes nominatives des pédicures-podologues employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder à l'inscription automatique des pédicures-podologues au tableau tenu par l'ordre. »

XIV. - L'article L. 4322-9 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du dernier alinéa est remplacée par cinq phrases ainsi rédigées :

« Il valide et contrôle la gestion des conseil régionaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

XV. - L'article L. 4322-12 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

2° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

2° Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Ces ...

... procéder, *dans des conditions fixées par décret*, à l'inscription ...

... l'ordre. »

XIV. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° *Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :*

Alinéa sans modification

*« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de pédicure-podologue ou à une insuffisance d'élus ordinaux, provoquer le regroupement de conseils régionaux par une délibération en séance plénière. »*

XV. - Non modifié

*XV bis (nouveau). - Aux articles L. 4322-7, L. 4322-9 à L. 4322-12 du même code, après les mots : « conseil régional » et les mots : « conseils régionaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interrégional » et les mots : « ou interrégionaux ».*

*XV ter (nouveau). - À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des sages-femmes » sont remplacés par les mots : « , des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues ».*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

*Article 19 quinquies (nouveau)*

Le dernier alinéa de l'article L. 4383-1 du code de la santé publique est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« Ce contrôle s'applique également aux établissements de formation agréés en application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Les agréments peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions réglementaires régissant le suivi des programmes et la qualité de la formation, et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces établissements. »

*Article 19 sexies (nouveau)*

I. - L'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, après le mot : « institutions », sont insérés les mots : « et les professionnels », et les mots : « quelle que soit leur nature » sont remplacés par les mots : « quel que soit leur statut » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « et aux cabinets d'exercice libéral des professionnels mentionnés au deuxième alinéa du I » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « ou organismes » sont remplacés par les mots : « , organismes ou professionnels ».

II. - L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*XVI (nouveau). - Dispositions transitoires :*

*Le mandat des membres des conseils départementaux, régionaux et national de l'ordre national des infirmiers en cours à la date de publication de la présente loi est prolongé comme suit :*

*a) Les mandats de deux ans sont portés à trois ans ;*

*b) Les mandats de quatre ans sont portés à six ans ;*

*c) Les mandats des présidents élus avant la même date sont portés à trois ans.*

*Article 19 quinquies*

L'article L. 4383-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de l'État dans la région contrôle également les établissements ...

... établis-  
sements. »

*Article 19 sexies*

I. - Non modifié

II. - L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

*1° Au premier alinéa, après les mots : « aux professions de santé », sont insérés les mots : « aux ostéopathes et aux chiropracteurs, » ;*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :  
Alinéa sans modification

*Article 19 septies (nouveau)*

*Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Règles communes liées à l'exercice de la profession » ;*

*2° L'article L. 4113-1 est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 4113-1. - Les professionnels de santé et autres personnes désignés aux 1° et 2° sont tenus de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé :*

*« 1° Les titulaires des diplômes, certificats ou titres requis pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avant leur entrée dans la profession, ainsi que ceux qui n'exercent pas mais ont obtenu leurs diplômes, certificats ou titres depuis moins de trois ans ;*

*« 2° Les internes en médecine et en odontologie, ainsi que les étudiants dûment autorisés à exercer à titre temporaire la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme, ou susceptibles de concourir au système de soins au titre de leur niveau de formation, notamment dans le cadre de la réserve sanitaire.*

*« L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leurs diplômes, certificats, titres ou niveau de formation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence, de niveau de formation ou de situation professionnelle.*

*« Pour les personnes ayant exercé la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.*

*« La procédure prévue au présent article est sans frais.*

*« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;*

*3° Après l'article L. 4113-1, sont insérés deux articles L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 ainsi rédigés :*

*« Art. L. 4113-1-1. - Les organismes, notamment de formation, délivrant les formations, diplômes, certificats ou titres mentionnés à l'article L. 4113-1 transmettent au service ou à l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé des informations certifiées concernant les diplômes, certificats, titres ou attestations de formation délivrés aux person-*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 20

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la pu-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Article 19 octies (nouveau)*

*nes susceptibles d'exercer l'une des professions médicales.*

*« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du premier alinéa, notamment les catégories d'informations concernées et la date à laquelle ce dispositif est mis en œuvre.*

*« Art. L. 4113-1-2. - Lorsqu'elles sont disponibles, les informations certifiées mentionnées à l'article L. 4113-1-1 tiennent lieu de pièces justificatives pour l'accomplissement des obligations prévues à l'article L. 4113-1. »*

*I. - Au premier alinéa de l'article L. 4243-1 du code de la santé publique, après les mots : « préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « et de préparateur en pharmacie hospitalière ».*

*II. - Au premier alinéa de l'article L. 4243-2 du même code, après les mots : « de préparateur en pharmacie », sont insérés les mots : « ou de préparateur en pharmacie hospitalière », et les mots : « cette profession » sont remplacés par les mots : « ces professions ».*

*Article 19 nonies (nouveau)*

*Le chapitre III du titre IV du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par les articles L. 4343-3 et L. 4343-4 ainsi rédigés :*

*« Art. L. 4343-3. - Le directeur général de l'agence régionale de santé refuse l'inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions légales exigées pour l'exercice des professions d'orthophoniste ou d'orthoptiste ou s'il est frappé soit d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession en France ou à l'étranger, soit d'une suspension prononcée dans les conditions prévues à l'article L. 4311-26.*

*« Toutefois, lorsque le demandeur est frappé d'une interdiction d'exercer la profession dans un autre pays qu'un État membre de la Communauté européenne ou autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, il peut être autorisé à exercer cette profession en France par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.*

*« Art. L. 4343-4. - S'il apparaît que le demandeur est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereux l'exercice de sa profession, le directeur de l'agence régionale de santé refuse l'inscription sur la liste. »*

Article 20

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

blication de la présente loi, toutes mesures relevant du domaine de la loi, réformant les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et visant à :

1° Harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;

2° Mieux garantir la qualité des examens de biologie médicale, notamment en mettant en place une procédure d'accréditation des laboratoires ;

3° Définir les missions du biologiste, du laboratoire de biologie médicale et du personnel technique dans le cadre du parcours de soins du patient, en assurant l'efficacité des dépenses de santé ;

4° Instituer les mesures permettant d'assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité du laboratoire de biologie médicale ;

**6° *Supprimé***

7° Adapter les missions et prérogatives des agents habilités à effectuer l'inspection des laboratoires de biologie médicale ;

8° Adapter le régime des sanctions administratives et pénales.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Définir ...

... assurant l'efficacité  
des dépenses de santé ;

4° Non modifié

5° Non modifié

**6° *Suppression maintenue***

7° Non modifié

8° Non modifié

*9° (nouveau) Disposer que les laboratoires de biologie médicale privés doivent être exploités en nom propre ou sous la forme d'organismes à but non lucratif, de sociétés civiles professionnelles régies par la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles ou de sociétés d'exercice libéral régies par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, ou de sociétés coopératives régies par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération. Les sociétés anonymes et les sociétés à responsabilité limitée qui, à la date de publication de la présente loi, exploitent un laboratoire de biologie médicale dans les conditions fixées à l'article L. 6212-4 du code de la santé publique devront, dans le délai d'un an suivant la publication de la loi ratifiant l'ordonnance prévue au présent article, transférer cette exploitation à une société ou à un organisme relevant de l'une des catégories mentionnées au présent alinéa.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

**Article 21**

I. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la publication de la présente loi, les mesures nécessaires pour :

1° Compléter le dispositif de reconnaissance des diplômes obtenus dans un État tiers ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen, prévu par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, et étendre, avec les adaptations nécessaires, ces modifications aux collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie ;

2° Compléter le dispositif de reconnaissance des qualifications des cycles d'études médicales.

II. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de dix mois à compter de la publication de la présente loi, les dispositions nécessaires à la transposition de la directive 2007/47/CE du Parlement et du Conseil, du 5 septembre 2007, modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Alinéa sans modification

**Article 21**

I. - Dans ...

*... loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour compléter la transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition, en veillant notamment, en concertation avec les professionnels, à justifier très précisément toute levée des options en matière de libre prestation de services.*

1° **Supprimé**

2° **Supprimé**

*I bis (nouveau). - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour adapter les dispositions des articles L. 4113-1, L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 du code de la santé publique à la profession de pharmacien ainsi qu'aux autres professions de santé.*

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

III. - Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Non modifié

*Article 21 bis A (nouveau)*

*L'article L. 4212-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 4212-7. - Le fait de distribuer ou de mettre à disposition du public des médicaments à usage humain collectés auprès du public et non utilisés est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. »*

*Article 21 bis B (nouveau)*

*L'article L. 6153-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Il précise notamment les conditions dans lesquelles les internes peuvent bénéficier du temps partiel thérapeutique. »*

*Article 21 bis C (nouveau)*

*L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*1° Au 4° bis, les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études qui pourront aboutir, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, à une baisse de prix du médicament concerné, fixée exclusivement sur la base des conséquences entraînées pour l'assurance maladie par la non-réalisation des études » sont supprimés ;*

*2° Au 5°, les références : « aux 3°, 4° et 4° bis » sont remplacées par les références : « aux 3° et 4° » ;*

*3° Après le douzième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :*

*« En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4 bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.*

*« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.*

*« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. » ;*

*4° Au treizième alinéa, après les mots : « La pénalité », sont insérés les mots : « , prononcée au titre d'une mesure*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 21 bis (nouveau)

Après le mot : « publics », la fin du dernier alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « , avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients et le montant des aides de toute nature qu'elles leur versent pour l'année en cours. »

Article 21 ter (nouveau)

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »

Article 21 quater (nouveau)

I. - Après l'article L. 4111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4111-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4111-3-1. - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire à des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été passés à cet effet, signés par les ordres et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, après avis des ordres intéressés, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Ils sont tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

II. - Au chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre II de la quatrième partie du même code, il est rétabli un article L. 4221-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-7. - Lorsque la province du Québec

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4<sup>o</sup> bis, ».*

Article 21 bis

*Le dernier alinéa de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

*« À compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits mentionnés dans la cinquième partie du présent code doivent déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. La Haute Autorité de santé publie les informations déclarées. »*

Article 21 ter

Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Alinéa sans modification

Article 21 quater

I. - Non modifié

II. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire à des pharmaciens titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été passés à cet effet, signés par les ordres et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, après avis de l'ordre, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Ils sont tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

III. - Au chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III de la quatrième partie du même code, il est rétabli un article L. 4381-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4381-1.* - Lorsque la province du Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire aux titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France des professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province du Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été conclus à cet effet, signés par les ordres, lorsqu'ils existent, et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dont les conditions sont fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

« Sous réserve de réciprocité et sous réserve qu'un accord international ait été conclu en ce sens, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans un État non membre de la Communauté européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice des professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13 peuvent être autorisés à exercer leur profession en France. Cette autorisation

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Au ...

... code, sont insérés deux articles L. 4381-1-1 et L. 4381-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4381-1-1.* - Lorsque ...

... profession.

Alinéa sans modification

... France.

« *Art. L. 4381-1-2.* - Sous ...

... international ait été ratifié en ce sens ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

est délivrée par le ministre chargé de la santé si des accords ou traités prévoyant l'accès à l'exercice professionnel ont été conclus et si les qualifications professionnelles des demandeurs sont reconnues comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.

« Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France.

*Article 21 quinquies (nouveau)*

L. - L'article L. 5124-14 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5124-14.* - La société anonyme dénommée "Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies" exerce des activités de recherche, de production et de commercialisation de médicaments à usage humain et notamment des médicaments dérivés du sang, des médicaments susceptibles de se substituer aux médicaments dérivés du sang et des produits de santé issus des biotechnologies. Son capital est détenu en majorité par l'État ou par ses établissements publics.

« Ses activités relatives à la fabrication des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, issus du fractionnement du plasma, sont exercées exclusivement par une filiale, au sens de l'article L. 233-1 du code de commerce, créée à cet effet.

« Le capital de cette filiale est détenu, directement ou indirectement, majoritairement par l'État ou par ses établissements publics.

« Seule cette filiale peut fabriquer des médicaments mentionnés à l'article L. 5121-3 du présent code à partir du sang ou de ses composants collectés par l'Établissement français du sang.

« Cette filiale fractionne en priorité le plasma issu du sang ou de ses composants collectés par l'Établissement français du sang. Pour satisfaire les besoins nationaux, notamment ceux liés au traitement des maladies rares, elle distribue, prioritairement sur le territoire français, les médicaments qui en sont issus.

« Lorsque cette filiale fabrique des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, elle le fait à partir du sang ou de ses composants prélevés dans les conditions définies à l'article L. 1221-3, sauf lorsque des médicaments équivalents en termes d'efficacité ou de sécurité thérapeutiques ne sont pas disponibles en quantité suffisante pour satisfaire les besoins sanitaires ou lorsque leur

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... profession.

Alinéa sans modification

*Article 21 quinquies*

L'article ...

... rédigé :

« *Art. L. 5124-14.* - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

fabrication nécessite l'utilisation de plasma spécifique ne répondant pas aux conditions du même article.

« Elle peut sous-traiter certaines des étapes concourant à la fabrication de ces médicaments. Toutefois, les médicaments destinés au marché français, fabriqués par cette filiale, sont libérés sous le contrôle de son pharmacien responsable.

« L'Établissement français du sang ne peut pas détenir de participation directe ou indirecte dans la société anonyme "Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies" et dans les sociétés contrôlées par celle-ci, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce. »

II. - L'ordonnance n° 2005-866 du 28 juillet 2005 transformant le groupement d'intérêt public dénommé « Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies » en société anonyme est ratifiée.

*Article 21 sexies (nouveau)*

I. - Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À son intitulé, après le mot : « sanitaires », il est inséré le mot : « , télémédecine » ;

2° À l'intitulé du titre I<sup>er</sup>, après le mot : « soins », il est inséré le mot : « , télémédecine ».

II. - Après l'article L. 6314-1 du même code, il est inséré un chapitre V ainsi rédigé :

*« CHAPITRE V  
« Télémédecine*

« *Art. L. 6315-1.* - La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

« Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

« La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

II. - *Supprimé*

*Article 21 sexies*

I. - Non modifié

II. - *Le titre I<sup>er</sup> du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :*

*« CHAPITRE VI  
« Télémédecine*

« *Art. L. 6316-1.* - La ...

... patient.

Alinéa sans modification

« La ...

... décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

III. - Les articles 32 et 33 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sont abrogés.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

III. - Non modifié

Article 21 *septies*

..... Conforme .....

Article 21 *octies* (nouveau)

I. - La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lors d'une consultation dans une structure médico-sociale, de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale ».

II. - La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 21 *nonies* (nouveau)

L'article L. 4211-2-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « infectieux », est inséré le mot : « perforants » ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Un décret pris après avis de l'Autorité de la concurrence précise les conditions de l'élimination, au sens de l'article L. 541-2 du code de l'environnement, des déchets mentionnés à l'alinéa précédent, notamment les conditions de financement de celle-ci par les personnes qui mettent sur le marché des médicaments, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés aux patients en auto-traitement et conduisant à la production de ces déchets.

« Ce décret fixe également les sanctions en cas de non-respect de l'obligation visée au premier alinéa. »

TITRE III

**PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE**

Article 22 A (nouveau)

Avant l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1 A. - La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Article 21 *octies*

I. - La ...

... structure de médecine ...

... familiale ».

II. - Non modifié

Article 21 *nonies*

**Supprimé**

TITRE III

**PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE**

Article 22 A

**Supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 22 B (*nouveau*)

Le livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« *TITRE VII*  
« **ÉDUCATION À LA SANTÉ**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 1171-1. - L'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé. Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires à cet effet. »*

Article 22 C (*nouveau*)

Le premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle veille aussi à ce que les sites informatiques dédiés à la santé certifiés affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 22 B

Alinéa sans modification

« *TITRE VII*  
« **PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES**  
**POUR LA SANTÉ**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 1171-1. - Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée, de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions. »*

Article 22 C

**Supprimé**

Article 22 D (*nouveau*)

*Un rapport relatif au nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues en France est transmis au Parlement avant le 31 décembre 2010.*

Article 22 E (*nouveau*)

*Le 13° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de signalements d'effets indésirables effectués directement par les patients ou communiqués par les associations agréées de patients ; ».*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 22

I. - Le livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« *TITRE VI*  
**« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET ACTIONS  
D'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT**

« *CHAPITRE I<sup>er</sup>*  
**« Dispositions générales**

« *Art. L. 1161-1.* - L'éducation thérapeutique du patient fait partie de l'éducation pour la santé dont elle utilise les principes et les méthodes. Sa spécificité est qu'elle s'adresse à des patients et à leur entourage. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient à travers les relations qu'il établit en particulier avec les professionnels de santé.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

« *Art. L. 1161-2.* - Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, dans le cadre du projet régional de santé des agences régionales de santé, après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient. Par ailleurs, celle-ci n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« *Art. L. 1161-3.* - L'agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient afin, notamment, de préciser le financement des programmes. Ces conventions définissent, le cas échéant, le délai et les modalités de la mise en conformité de ces programmes au cahier des charges national. L'agence régionale de santé évalue les programmes mis en œuvre.

« Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe d'information, de formation ou d'éducation à destina-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 22

I. - Alinéa sans modification

« *TITRE VI*  
**« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1161-1.* - L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Alinéa sans modification

« *Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.*

« *Art. L. 1161-2.* - Les ...

... local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

« *Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.*

« *Art. L. 1161-3.* - Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Alinéa supprimé**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

tion du public relative à un médicament prescrit.

« Les conditions d'application de cet article sont définies par décret.

« *Art. L. 1161-4.* - Les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 1161-5 (nouveau).* - Les programmes ou actions définis par les articles L. 1161-2 et L. 1161-4 ne sont ni élaborés, ni initiés, ni mis en œuvre par une entreprise se livrant à l'exploitation du médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché du dispositif médical ou du dispositif médical de diagnostic *in vitro*.

« Toutefois, cette entreprise peut contribuer au financement des programmes ou actions dans les conditions définies au premier alinéa et si aucun contact direct n'est établi entre elle et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« *Art. L. 1161-6 (nouveau).* - Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

***Alinéa supprimé***

« *Art. L. 1161-4.* - Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro* ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

« *Art. L. 1161-5.* - Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

« Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

« La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage, ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes, sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

« *Art. L. 1161-6.* - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'État, dont les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant les autorisations visées à l'article L. 1161-5 et leurs conditions de caducité.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient.

« La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage, ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes, sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

« *Art. L. 1161-7 (nouveau).* - Toute demande d'autorisation ou de renouvellement de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1161-6 est accompagnée du versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'une taxe dont le montant est fixé par décret dans la limite de 2 000 €.

« Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

« *Art. L. 1161-8 (nouveau).* - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, et notamment :

« 1° La mise en œuvre du financement prévu aux articles L. 1161-5 et L. 1161-6 ;

« 2° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation prévue à l'article L. 1161-6 et le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes ;

« 3° Les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant ces autorisations ou les conditions de leur caducité ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Alinéa supprimé*

« *Art. L. 1161-7. - Supprimé*

« *Art. L. 1161-8. - Supprimé*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 4° Les critères auxquels répondent les programmes d'apprentissage et les obligations auxquelles se conforment les financeurs et les opérateurs ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son contrôle.

« *CHAPITRE II*  
« **Dispositions pénales**  
[Division et intitulé nouveaux]

« *Art. L. 1162-1 (nouveau)*. - Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme d'apprentissage sans l'autorisation prévue à l'article L. 1161-6 ou en violation d'une décision de suspension ou de retrait de cette autorisation. »

II. - Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V de la première partie du même code est complété par un article L. 1521-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1521-5*. - Le titre VI du livre I<sup>er</sup> de la première partie est applicable dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :

« À l'article L. 1161-3, les mots : "agence régionale de santé" sont remplacés par les mots : "agence de santé". »

III (*nouveau*). - Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur les conditions de mise en œuvre de la création d'un fonds national pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1162-1*. - Est ...  
... programme  
*sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5.* »

II. - Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V de la *présente* partie du même code est complété par un article L. 1521-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1521-5*. - Le titre VI du livre I<sup>er</sup> de la *présente* partie ...

... suivante :

« À l'article *L. 1161-2*, les mots ...  
... santé". »

III. - *L'article L. 5311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

« *L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées en application de l'article L. 1161-5.* »

IV (*nouveau*). - *Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre avant la publication de la présente loi ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2011 pour obtenir l'autorisation de ces programmes auprès des agences régionales de santé compétentes.*

V (*nouveau*). - Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient, et sur leurs financements, notamment sur la possibilité d'un fonds national.

*Article 22 bis A (nouveau)*

I. - *Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé, afin de garantir la santé publique, à prendre par ordonnances les mesures nécessaires pour modifier les dispositions du code du sport relatives à la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, afin :*

1° *De renforcer l'efficacité des dispositifs de protection de la santé des sportifs, ainsi que de lutte contre le dopage et le trafic de produits dopants ;*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

Article 22 bis (nouveau)

I. - Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé :

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

III. - À la deuxième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du même code, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « , une sage-femme ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*2° D'en assurer la conformité avec les principes du code mondial anti-dopage applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 ;*

*3° D'améliorer la cohérence de la politique nationale en matière de prévention, d'éducation, de formation, de recherche, de lutte contre le dopage et le trafic de produits dopants et de coopération internationale dans ces domaines, en révisant la répartition des compétences entre l'État, l'Agence française de lutte contre le dopage et les fédérations sportives, ainsi que la gouvernance de l'Agence, autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale.*

*II. - Les ordonnances prévues au I devront être prises dans les neuf mois suivant la publication de la présente loi.*

*Le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication des ordonnances.*

Article 22 bis

I. - Non modifié

II. - Non modifié

*II bis (nouveau). - Après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d'étendre aux sages-femmes la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, une expérimentation est menée dans une région française connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse. Dans le cadre de cette expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuse.*

III. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

IV. - Le II de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « d'un médecin ou d'une sage-femme » ;

2° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

3° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

4° À la deuxième phrase du deuxième alinéa, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « praticien ».

V. - Après le mot : « prescrire », la fin du III de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigée : « les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux ainsi que le suivi biologique nécessaire. »

VI. - Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

Article 22 *ter*

..... Conforme .....

*Article 22 quater A (nouveau)*

*I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximum de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4. »*

*II. - Après l'article L. 4423-2 du même code, il est inséré un article L. 4423-3 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 4423-3. - Pour l'application de l'article L. 4311-1 dans les îles Wallis et Futuna, les mots : "et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4" sont supprimés. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*III. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »*

*Article 22 quater B (nouveau)*

*I. - Après le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement, s'ils figurent sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois. »*

*II. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. »*

*Article 22 quater (nouveau)*

L'article L. 5311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions de l'autorisation délivrée en application de l'article L. 1161-6. »

*Article 22 quater*

***Supprimé***

*Article 22 quinquies*

..... Conforme .....

*Article 22 sexies (nouveau)*

Le premier alinéa de l'article L. 114-3 du code du service national est complété par les mots : « comprenant une initiation à l'utilisation du défibrillateur automatisé externe ».

*Article 22 sexies*

***Supprimé***

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 22 septies (nouveau)

Les deux derniers alinéas de l'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir l'ensemble des professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation.

« L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

« Le décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique.

« Le décret en Conseil d'État précise également les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 22 septies

Alinéa sans modification

« Un ...

... remplir les professionnels ...

... formation.

« L'accès ...

... psychanalyse. *Le diplôme de niveau master peut être délivré par un établissement d'enseignement supérieur dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Article 22 octies (nouveau)

*La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 443-10 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :*

*« Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-1 peuvent être assumées par l'établissement ou le service de soins. Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L. 441-2 sont assumées par l'établissement ou le service de soins. Les accueillants familiaux thérapeutiques employés par cet établissement ou service sont des agents non titulaires de cet établissement ou service. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 23

I. - Le titre IV du livre III de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3342-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-1.* - La vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité. » ;

2° L'article L. 3342-2 est abrogé ;

3° Après l'article L. 3342-3, il est inséré un article L. 3342-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3342-4.* - Une affiche rappelant les dispositions du présent titre est apposée dans les débits de boissons. Le modèle et les lieux d'apposition de cette affiche sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

4° L'article L. 3341-2 est abrogé.

II. - L'article L. 3353-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3353-3.* - La vente à des mineurs de boissons alcooliques est punie de 7 500 € d'amende. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, est punie de la même peine.

« Le fait de se rendre coupable de l'une des infractions prévues au présent article en ayant été condamné depuis moins de cinq ans pour un délit prévu au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'une des infractions mentionnées au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus, et celle de l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.

« Les personnes morales coupables de l'une des infractions mentionnées au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal. »

III. - Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 23

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

« *Art. L. 3342-4.* - Une ...

... boissons à consommer sur place. Un modèle spécifique doit être apposé dans les débits de boissons à emporter. Les modèles et les lieux d'apposition de ces affiches sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

4° Non modifié

II. - Non modifié

III. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 24

I. - L'article L. 3322-9 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf dans le cadre de fêtes et foires traditionnelles déclarées, ou de celles, nouvelles, autorisées par le représentant de l'État dans le département dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, il est interdit d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire. » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre dix-huit heures et huit heures, dans les points de vente de carburant.

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans les points de vente de carburant. »

II. - L'article L. 3331-4 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques réfrigérées doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L. 3332-1-1.

« La vente à distance est considérée comme une vente à emporter. »

III. - Le titre V du livre III de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 3351-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fait de vendre des boissons alcooliques réfrigérées sans avoir suivi la formation prévue à l'article L. 3332-1-1 est puni de 3 750 € d'amende. » ;

2° Après l'article L. 3351-6, sont insérés deux articles L. 3351-6-1 et L. 3351-6-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 3351-6-1. - Le fait de vendre des boissons alcooliques dans un point de vente de carburant en dehors des horaires prévus au quatrième alinéa de l'arti-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 24

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Le troisième alinéa est remplacé par *trois* alinéas ainsi rédigés :

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques sur les aires de repos et aires de service en bordure des autoroutes ainsi que sur ces mêmes aires en bordure des routes à deux fois deux voies matérialisées par une séparation centrale, à l'exception des boutiques de vente à emporter et des lieux de restauration.

« Il ...  
... emporter, entre *vingt* heures et huit heures, ...  
... carburant.

Alinéa sans modification

II. - Alinéa sans modification

« Dans tous les commerces autres que les débits de boissons à consommer sur place, toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques *entre vingt-deux heures et huit heures* doit au préalable suivre la formation prévue à l'article L. 3332-1-1.

Alinéa sans modification

III. - Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« Le fait de vendre des boissons alcooliques *entre vingt-deux heures et huit heures* sans ...  
... d'amende. » ;

2° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

cle L. 3322-9 ou d'y vendre des boissons alcooliques réfrigérées est puni de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal.

« *Art. L. 3351-6-2.* - Sauf lorsqu'elles sont déclarées ou autorisées dans les conditions prévues à l'article L. 3322-9, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, l'offre à titre gratuit à volonté, dans un but commercial, de boissons alcooliques ainsi que leur vente à titre principal contre une somme forfaitaire sont punies de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent également la peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter pour une durée d'un an au plus.

« Les personnes morales coupables de l'infraction mentionnée au premier alinéa encourent les peines complémentaires prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du code pénal. » ;

3° À l'article L. 3351-8, les mots : « de l'article L. 3323-2 ainsi que des règlements pris pour son application » sont remplacés par les mots : « des articles L. 3322-2, L. 3323-2, L. 3332-4 et L. 3323-6 ainsi que des règlements pris pour leur application ».

IV. - Le titre I<sup>er</sup> du livre V de la même partie est ainsi modifié :

1° À l'entrée en vigueur de la disposition réglementaire correspondante, l'article L. 3512-1-1 est abrogé ;

2° L'article L. 3512-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3512-4.* - Les agents mentionnés à l'article L. 1312-1 du présent code, aux articles L. 8112-1, L. 8112-3 et L. 8112-5 du code du travail et au III de l'article L. 231-2 du code rural veillent au respect des dispositions de l'article L. 3511-7 du présent code et des règlements pris pour son application, et procèdent à la recherche et à la constatation des infractions à ces dispositions.

« Ils disposent à cet effet, chacun pour ce qui le concerne, des prérogatives qui leur sont reconnues par les articles L. 1312-1 du présent code, L. 8113-1 à L. 8113-5 et L. 8113-7 du code du travail, et L. 231-2-1 du code rural et par les textes pris pour leur application. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

3° À ...

... L. 3323-2, L. 3323-4 et L. 3323-6 ...  
... application ».

IV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

V. - L'article L. 1312-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « sont », sont insérés les mots : « recherchées et » ;

2° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À cet effet, ces fonctionnaires et agents disposent des pouvoirs et prérogatives prévus aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3. »

VI. - Les personnes qui vendent des boissons alcooliques réfrigérées à la date de publication de la présente loi bénéficient d'un délai d'un an pour se conformer à l'obligation de formation prévue à l'article L. 3331-4 du code de la santé publique.

VII. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le titre II du livre IV de la première partie est ainsi modifié :

a) Le chapitre V devient le chapitre VI ;

b) Les articles L. 1425-1 et L. 1425-2 deviennent les articles L. 1426-1 et L. 1426-2 ;

2° Il est rétabli un chapitre V ainsi rédigé :

*« CHAPITRE V  
« Saint-Pierre-et-Miquelon*

*« Art. L. 1425-1. - Pour l'application du présent code à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : “représentant de l'État dans le département” sont remplacés par les mots : “représentant de l'État dans la collectivité”. »*

VIII. - Le 1° du I du présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

V. - Non modifié

VI. - Les personnes qui vendent des boissons alcooliques *entre vingt-deux heures et huit heures* à la date ...

... publique.

VII. - Non modifié

VIII. - Non modifié

Articles 24 bis à 24 quater et 25

..... Conformes .....

*Article 25 bis A (nouveau)*

*Après l'article L. 3511-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3511-2-2 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 3511-2-2. - L'article L. 3335-1 est applicable aux lieux de vente du tabac manufacturé, sans préjudice des droits acquis. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Article 25 bis B (nouveau)*

*Au deuxième alinéa de l'article 568 bis du code général des impôts, après les mots : « 200 mètres carrés », sont insérés les mots : « ou dans les galeries marchandes attenantes à des supermarchés ou des hypermarchés ».*

*Article 25 bis C (nouveau)*

*Le code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° Au second alinéa de l'article L. 1323-3, les mots : « être titulaires du diplôme de vétérinaire et exercer les fonctions de vétérinaire inspecteur titulaire ou contractuel de l'État ou être titulaires du mandat sanitaire instauré à l'article L. 921-11 du code rural » sont remplacés par les mots : « détenir l'un des diplômes mentionnés à l'article L. 241-2 du code rural » ;*

*2° Au premier alinéa de l'article L. 1323-6, après le mot : « publics », les mots : « et des vétérinaires spécialisés mentionnés à l'article L. 931-2 du code rural » sont remplacés par les mots : « et des agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;*

*3° Au 3° de l'article L. 1515-6, les mots : « vétérinaires inspecteurs » sont remplacés par les mots : « agents mentionnés au I de l'article L. 231-2 du code rural » ;*

*4° Les articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont ainsi rédigés :*

*« Art. L. 5146-1. - Le contrôle de l'application des dispositions du présent titre, ainsi que des mesures réglementaires prises pour leur application, est assuré concurremment par :*

*« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments dans son domaine de compétence ;*

*« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;*

*« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;*

*« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.*

*« Les agents mentionnés aux 1° et 3° agissent conformément aux articles L. 1421-1, L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3 et L. 5127-2.*

*« La consignation prévue à l'article L. 5127-2 peut également porter sur des produits présentant ou susceptibles de présenter un danger pour la santé animale. L'article L. 5425-1 est applicable en cas de mise sur le marché ou d'utilisation de produits consignés en application du présent article.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*« Art. L. 5146-2. - Ont qualité pour rechercher et constater les infractions aux dispositions du présent titre ainsi qu'aux mesures réglementaires prises pour leur application :*

*« 1° Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ;*

*« 2° Les pharmaciens inspecteurs de santé publique ;*

*« 3° Les vétérinaires officiels mentionnés au V de l'article L. 231-2 du code rural ;*

*« 4° Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, qui disposent à cet effet des pouvoirs prévus au livre II du code de la consommation.*

*« Les articles L. 1421-2, L. 1421-2-1, L. 1421-3, L. 5411-2 et L. 5411-3 sont applicables aux agents mentionnés aux 1° et 3°, habilités et assermentés dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, pour l'exercice de cette mission ».*

*5° Après l'article L. 5146-2, sont insérés trois articles L. 5146-3 à L. 5146-5 ainsi rédigés :*

*« Art. L. 5146-3. - La compétence territoriale des agents mentionnés au 3° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 peut être étendue à plusieurs départements ou régions.*

*« Art. L. 5146-4. - Les agents mentionnés au 1° des articles L. 5146-1 et L. 5146-2 sont désignés par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude scientifique et juridique définies par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la santé pour contrôler l'application des dispositions du présent titre et des mesures réglementaires qui en découlent. Ils sont également chargés du contrôle de l'application des dispositions relatives aux organismes génétiquement modifiés dans le domaine des médicaments vétérinaires.*

*« Ils peuvent être assistés par des experts désignés par le directeur général de l'agence.*

*« L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, afin de mener à bien ses missions, peut demander aux ministres chargés de l'agriculture et de la santé de faire intervenir seuls ou conjointement avec les inspecteurs de l'agence des agents de l'État mentionnés à l'article L. 5146-1.*

*« Lorsqu'ils interviennent à la demande de l'agence, ces agents agissent conformément aux lois et règlements qui leur sont applicables.*

*« Art. L. 5146-5. - Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Article 25 bis D (nouveau)*

*Le chapitre V du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Compétences et prérogatives de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en matière de médicaments vétérinaires » ;*

*2° Après l'article L. 5145-2, sont insérés deux articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2 ainsi rédigés :*

*« Art. L. 5145-2-1. - L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments peut suspendre les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration d'un médicament vétérinaire ou d'une catégorie de médicaments vétérinaires non soumis à une autorisation ou à un enregistrement préalable à leur mise sur le marché ou à leur utilisation, lorsque ces médicaments ou les substances qu'ils contiennent soit présentent ou sont soupçonnés de présenter, dans les conditions normales d'emploi ou dans des conditions raisonnablement prévisibles, un danger pour la santé humaine ou pour la santé animale, soit sont fabriqués, mis sur le marché ou utilisés en infraction aux dispositions législatives ou réglementaires qui leur sont applicables.*

*« La suspension est prononcée soit pour une durée n'excedant pas un an en cas de danger ou de suspicion de danger, soit jusqu'à la mise en conformité des médicaments en cas d'infraction aux dispositions législatives ou réglementaires.*

*« L'agence peut interdire ces activités en cas de danger grave ou de suspicion de danger grave pour la santé humaine ou pour la santé animale.*

*« Elle peut aussi fixer des conditions particulières ou des restrictions pour l'utilisation des médicaments concernés afin de garantir leur sécurité sanitaire.*

*« Art. L. 5145-2-2. - Sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées, lorsqu'un médicament vétérinaire est mis sur le marché ou utilisé sans avoir obtenu l'autorisation ou l'enregistrement préalable exigé par les dispositions législatives ou réglementaires applicables à ce médicament, ou est mis sur le marché ou utilisé en infraction à ces dispositions, l'agence peut suspendre, jusqu'à la mise en conformité du médicament au regard de la législation et de la réglementation en vigueur, les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la prescription, la délivrance, l'utilisation ou l'administration de ce médicament vé-*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*térinaire. » ;*

*3° Au premier alinéa de l'article L. 5145-5, les mots : « de l'article L. 5145-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 5141-5, L. 5141-9 et L. 5145-6 » ;*

*4° L'article L. 5145-7 est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 5145-7. - Des décrets en Conseil d'État précisent, en tant que de besoin :*

*« 1° Les règles de procédure applicables en cas de sanction prévue aux articles L. 5145-3 à L. 5145-6, ainsi que les modalités de liquidation de l'astreinte ;*

*« 2° Les modalités d'application des articles L. 5145-2-1 et L. 5145-2-2. »*

Articles 25 bis à 25 quater

..... Conformes .....

*Article 25 quinquies (nouveau)*

*Article 25 quinquies*

I. - Le titre IV du livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. - Non modifié

1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Toxicovigilance » ;

2° Les articles L. 1341-1 à L. 1341-3 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 1341-1.* - Les personnes responsables de la mise sur le marché de toute substance ou préparation doivent, dès qu'elles en reçoivent la demande, communiquer sa composition aux organismes chargés de la toxicovigilance et à l'organisme compétent mentionné à l'article L. 4411-4 du code du travail.

« Elles doivent, en outre, déclarer aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine induits par cette substance ou préparation dont elles ont connaissance, et conserver les informations y afférentes.

« *Art. L. 1341-2.* - Les professionnels de santé sont tenus de déclarer aux organismes chargés de la toxicovigilance les cas d'intoxication humaine induits par toute substance ou préparation dont ils ont connaissance.

« *Art. L. 1341-3.* - Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, et notamment :

« 1° Les conditions de désignation et les missions des organismes chargés de la toxicovigilance ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 2° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel transmises en application des articles L. 1341-1 et L. 1341-2 ;

« 3° Les conditions de partage des informations entre les organismes responsables des systèmes de vigilance réglementés. » ;

3° L'article L. 1342-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les responsables de la mise sur le marché de substances ou préparations dangereuses définies au 1° de l'article L. 5132-1 et à l'article L. 1342-2 sont tenus d'établir une déclaration unique comportant toutes les informations sur ces substances ou préparations, notamment leur composition, destinées aux organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « au fabricant, à l'importateur ou au vendeur » sont remplacés par les mots : « aux responsables de la mise sur le marché » et les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;

4° L'article L. 1342-3 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le contenu de la déclaration mentionnée à l'article L. 1342-1, les personnes qui y ont accès et les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des informations couvertes par le secret industriel qu'elle comporte ; »

b) Le 2° est complété par les mots : « mentionnées à l'article L. 1342-2 ».

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 1413-4 du même code est complété une phrase ainsi rédigée :

« Il organise la toxicovigilance en s'appuyant sur un réseau comprenant notamment les organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

II. - Non modifié

*III (nouveau). - L'article L. 1333-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :*

*« Les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de patients exposés à des fins médicales à des rayonnements ionisants, ayant connaissance d'un incident ou accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'autorité de sûreté nucléaire et au directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article L. 5212-2.*

*« Le directeur général de l'agence régionale de santé informe le représentant de l'État territorialement compétent dans les conditions prévues à l'article L. 1435-1. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*IV (nouveau). - En l'absence d'agence régionale de santé, les missions attribuées à son directeur général par le III sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.*

*V (nouveau). - Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° L'article L. 1413-4 est ainsi modifié :*

*a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Les professionnels de santé transmettent à l'institut les données individuelles nécessaires à l'exercice de ses missions dans des conditions préservant la confidentialité de ces données à l'égard des tiers » ;*

*b) Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Il organise la toxicovigilance en s'appuyant sur un réseau comprenant notamment les organismes mentionnés à l'article L. 1341-1. » ;*

*2° Le 1° de l'article L. 1413-16 est ainsi rédigé :*

*« 1° Les conditions dans lesquelles est préservée la confidentialité à l'égard des tiers des données individuelles transmises à l'institut en application de l'article L. 1413-4 et des informations couvertes par le secret médical ou le secret industriel auxquelles il accède conformément à l'article L. 1413-5 ; ».*

Article 25 *sexies*

..... Conforme .....

*Article 25 septies (nouveau)*

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 3121-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

*Article 25 septies*

Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« En ...

... santé, après avis du conseil national de l'ordre des médecins. » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

2° L'article L. 3121-2-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

2° Alinéa sans modification

« En ...

... santé, après avis du conseil national de l'ordre des médecins. »

*Article 25 octies A (nouveau)*

*I. - Le 8° de l'article L. 1323-2 du code de la santé publique est complété par six phrases ainsi rédigées :*

*« Elle assure la mise en œuvre du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. À cette fin, les professionnels de santé lui déclarent sans délai les cas d'effets indésirables induits par ces produits dont ils ont eu connaissance. Les fabricants et les distributeurs participent à ce système de vigilance. Cette obligation est réputée remplie par la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 221-1-3 du code de la consommation. L'agence est tenue informée par les autorités administratives compétentes mentionnées au même article L. 221-1-3. Les fabricants et distributeurs fournissent à la demande de l'agence les informations nécessaires sur la composition de ces produits. »*

*II. - L'article L. 1323-11 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :*

*« 7° Les conditions d'organisation du système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires, sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière. »*

Articles 25 octies et 25 nonies

..... Conformes .....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 25 *decies* (nouveau)

Après l'article L. 3223-3 du code de la santé publique, il est inséré un livre II *bis* ainsi rédigé :

« *LIVRE II BIS*  
« **LUTTE CONTRE LES TROUBLES  
DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

« *TITRE UNIQUE*  
« **PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET DU SURPOIDS**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 3224-1.* - La prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique.

« *Art. L. 3224-2.* - L'État organise et coordonne la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids.

« *Art. L. 3224-3.* - Les campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de l'obésité et du surpoids sont validées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

« *Art. L. 3224-4.* - Ces campagnes doivent également porter sur l'acceptation des personnes obèses ou en surpoids et la lutte contre les discriminations qui leur sont faites. »

Article 25 *undecies* (nouveau)

I. - Après l'article L. 2133-1 du code de la santé publique sont insérés trois articles L. 2133-2 à L. 2133-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 2133-2.* - La restauration scolaire est soumise à des règles relatives à la nutrition fixées par décret.

« *Art. L. 2133-3.* - Tout intéressé peut demander à la personne responsable de la restauration scolaire communication des contrôles effectués par les agents compétents pour veiller à l'application de ces règles, des observations formulées et des suites qui y sont données.

« Mention de cette possibilité est affichée dans les établissements scolaires.

« *Art. L. 2133-4.* - Outre les médecins inspecteurs de santé publique, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires, les agents mentionnés aux 1° à 7° du I de l'article L. 231-2 du code rural et au 1° du I de l'article L. 215-1 du code de la

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 25 *decies*

***Supprimé***

Article 25 *undecies*

***Supprimé***

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

consommation veillent au respect des obligations fixées à l'article L. 2133-2 du présent code. Ils disposent à cet effet des pouvoirs d'enquête prévus à l'article L. 218-1 du code de la consommation. »

II. - Le I est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

*Article 25 duodecies (nouveau)*

L'article L. 312-2 du code de l'éducation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les programmes d'activités scolaires et périscolaires intègrent la nécessité d'une activité physique quotidienne d'au moins trente minutes pour chaque enfant. »

*Article 25 terdecies (nouveau)*

Au 1° de l'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, après le mot : « publicité », sont insérés les mots : « et l'indication dans les messages publicitaires pour les produits alimentaires transformés du contenu calorique des produits ».

*Article 25 quaterdecies (nouveau)*

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport relatif aux effets de la télévision sur les enfants, notamment sur les bébés, est transmis au Parlement.

*Article 25 quindecies*

..... Conforme .....

*Article 25 sexdecies (nouveau)*

Dans tous les lieux publics et établissements recevant du public, il est apposé au pied des escaliers, des escaliers mécaniques ou des ascenseurs un panneau d'information conseillant aux personnes n'ayant pas de problème de mobilité d'emprunter les escaliers plutôt que les escaliers mécaniques ou ascenseurs.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Article 25 duodecies*

***Supprimé***

*Article 25 terdecies*

***Supprimé***

*Article 25 quaterdecies*

***Supprimé***

*Article 25 sexdecies*

***Supprimé***

*Article 25 septdecies (nouveau)*

*L'article 27 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication est complété par un 6° ainsi rédigé :*

*« 6° Le maintien à niveau sonore constant des séquences publicitaires ainsi que des écrans qui les précèdent et qui*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

TITRE IV

**ORGANISATION TERRITORIALE  
DU SYSTÈME DE SANTÉ**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Création des agences régionales de santé**

Article 26 A (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que les conditions dans lesquelles ces avis sont rendus de manière motivée ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

les suivent. »

*Article 25 octodécies (nouveau)*

*Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la date de publication de la présente loi, toutes mesures afin :*

*1° D'instituer un nouvel établissement public reprenant l'ensemble des missions exercées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, ainsi que les biens, personnels, droits et obligations de ces agences, notamment les obligations de l'employeur à l'égard des personnels ;*

*2° D'adapter aux domaines d'activité de cet établissement les règles déontologiques applicables à ses personnels, aux membres de ses conseils et commissions, et aux personnes collaborant occasionnellement à ses travaux, ainsi que les sanctions pénales correspondantes ;*

*3° De modifier, en tant que de besoin, les codes et les lois non codifiées afin de les mettre en cohérence avec les dispositions qui seront prises en application des 1° et 2°.*

*Le projet de loi portant ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de cette ordonnance.*

TITRE IV

**ORGANISATION TERRITORIALE  
DU SYSTÈME DE SANTÉ**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Création des agences régionales de santé**

Article 26 A

*I. - L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*1° À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « avis », sont insérés les mots : « sur les projets de loi » ;*

*2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés ».*

*II (nouveau). - Après le 3° de l'article L. 211-2 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :*

*« 4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'État. »*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*III (nouveau). - Après le 3° de l'article L. 221-3 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :*

*« 4° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'État. »*

*IV (nouveau). - Les dispositions prévues au II entrent en vigueur à l'échéance des mandats en cours des membres des conseils des caisses primaires d'assurance maladie.*

*V (nouveau). - L'article L. 231-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes. »*

*VI (nouveau). - Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils des caisses primaires appelées à fusionner au 1<sup>er</sup> janvier 2010 expire le 31 décembre 2009.*

*Article 26 B (nouveau)*

*Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*1° Après l'article L. 182-2-1, il est inséré un article L. 182-2-1-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 182-2-1-1. - I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.*

*« Le contrat d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs.*

*« Il détermine également les conditions :*

*« 1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de ce contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;*

*« 2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 26

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

**« TITRE III  
« AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ**

**« CHAPITRE I<sup>ER</sup>  
« Missions et compétences des agences régionales  
de santé**

« Art. L. 1431-1. - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé ainsi que de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie dans le cadre de la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du présent code et des dispositions des articles L. 116-1, L. 116-2 et L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale. Ses compétences s'exercent sans préjudice de cel-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 26

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :

Divisions  
et intitulés sans modification

« Art. L. 1431-1. - Dans ...

... œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« - des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;

« - des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« - des principes fondamentaux affirmés à

« II. - Le contrat d'objectifs est conclu pour une période minimale de quatre ans.

« Le contrat et, le cas échéant, les avenants qui le modifient sont transmis aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat mentionnées à l'article L.O. 111-9. » ;

2° L'article L. 182-2-3 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les orientations du contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) À la première phrase du neuvième alinéa, les mots : « au 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « au 3°, au 4° et au 7° » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°. » ;

3° L'article L. 182-2-4 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis Négocie le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1 » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le président et le directeur général signent le contrat d'objectifs prévu à l'article L. 182-2-1-1. »

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

les des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code et aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 1431-2. - L'agence régionale de santé est chargée :

« 1° De définir et de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-1, en articulation avec les autorités compétentes en ce qui concerne les services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-1 du code du travail et les services de santé scolaire et universitaire définis au chapitre V du titre II du livre III de la deuxième partie du présent code ; à ce titre, notamment :

« a) Elle organise, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'événements sanitaires. Dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, elle organise la gestion de la réponse aux alertes sanitaires et contribue à la gestion des situations de crise sanitaire ; sur la base des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1, elle établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4. Elle réalise ou fait réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procède aux inspections nécessaires ;

« a bis) (nouveau) Elle favorise la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et les services médico-sociaux. Elle contribue à l'élaboration d'outils facilitant cette collaboration ;

« b) Elle définit, finance et évalue les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, sans que les ressources relevant des enveloppes financières attribuées à ces actions, quelle que soit leur origine, puissent être affectées au financement des activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux. À ce titre, elle attribue des crédits relevant du

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code, *ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.*

« Art. L. 1431-2. - Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique *définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.*

« À ce titre :

« a) Elles organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« c) Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

***Alinéa supprimé***

« d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, *et elles veillent à leur évaluation ;*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

fonds national de prévention créé par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, dans des conditions fixées par la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'assurance maladie, mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de l'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention ;

« c) (*nouveau*) En relation avec les collectivités territoriales qui souhaitent s'équiper de défibrillateurs cardiaques, elle établit une cartographie indicative des défibrillateurs présents sur le territoire régional ;

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux et de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé ; à ce titre :

« a) Elle contribue à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ; elle contribue à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation ;

« b) Elle autorise la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles de son ressort ; elle contrôle leur fonctionnement et leur alloue les ressources qui relèvent de sa compétence, sans que les ressources correspondant aux objectifs de dépenses visés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles puissent être affectées au financement d'établissements ou services ou de prestations de soins autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, la dotation régionale mentionnée aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du même code est abondée des crédits afférents à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établis-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Alinéa supprimé*

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, *notamment en concertation avec les professionnels de santé*, l'offre de services de santé, *de manière* à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

À ce titre :

« a) *Elles contribuent* à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« b) *Elles autorisent* la création ...

... L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; *elles contrôlent* leur fonctionnement et leur *allouent* les ressources qui relèvent de *leur* compétence ;

*Alinéa supprimé*

*Alinéa supprimé*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

sements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables ;

« *b bis* ) (nouveau) Elle attribue les aides régionales finançant les actions concourant à la qualité et à la coordination des soins mentionnées au I de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et dispose à cet effet de la dotation régionale qui lui est notifiée dans les conditions fixées aux V et VI du même article ;

« *c* ) Elle veille à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux ; elle procède à des contrôles à cette fin ; elle contribue, avec les services de l'État compétents, à la prévention et à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services de santé et médico-sociaux ; elle publie chaque année un indicateur de qualité pour chaque établissement et service de santé de son ressort, en lien avec la Haute Autorité de santé ;

« *c bis* ) (nouveau) Elle favorise la mise en place de réseaux de santé ville-hôpital afin d'accroître l'offre de proximité en matière d'interruption volontaire de grossesse et de contribuer au raccourcissement des délais de prise en charge ; elle veille notamment à la diffusion de la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en médecine de ville grâce à la formation de médecins généralistes au travers de ces réseaux de santé ;

« *d* ) Elle définit et met en œuvre, avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé, c'est-à-dire visant à ce que soient améliorés les modes de recours aux soins des patients et les pratiques des professionnels soignants, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux, et à ce que soient respectées les dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

***Alinéa supprimé***

« *c* ) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« *d* ) Dans le respect des compétences de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des mécanismes d'accréditation et d'évaluation institués par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

***Alinéa supprimé***

« *d bis* ) (nouveau) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« *e* ) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-11, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« *f* ) (nouveau) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territo-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« e) (nouveau) Elle veille à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elle met en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-6 et en évalue l'efficacité.

« Art. L. 1431-3. - Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

« Art. L. 1431-4. - Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'État, sauf disposition contraire.

« CHAPITRE II

« **Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé**

« Section I

« **Organisation des agences**

« Art. L. 1432-1. - L'agence régionale de santé est un établissement public de l'État. Elle est dotée d'un conseil de surveillance et dirigée par un directeur général.

« Elle s'appuie sur :

« 1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé ;

« 2° Deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions, d'une part dans les secteurs de la prévention, de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile et de la santé au travail et, d'autre

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*riales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;*

**Alinéa supprimé**

« g) (nouveau) Elles attribuent les aides régionales finançant les actions concourant à la qualité et à la coordination des soins mentionnées au I de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et disposent à cet effet de la dotation régionale qui leur est notifiée dans les conditions fixées aux V et VI du même article.

« Art. L. 1431-3. - Non modifié

« Art. L. 1431-4. - Non modifié

Divisions  
et intitulés sans modification

« Art. L. 1432-1. - Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

« Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

« 1° Une ...

... définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

« 2° Deux ...

... sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

part, dans celui des prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Les modalités de constitution et de fonctionnement de ces deux commissions sont fixées par décret.

« Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Elle met en place des délégations territoriales départementales.

« *Sous-section 1*  
« *Directeur général*

« *Art. L. 1432-2.* - Le directeur général dirige les services de l'agence. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence.

« Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.

« Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

« Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« - *dans les domaines* de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail *et de la protection maternelle et infantile* ;

« - *dans le domaine* des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

*Alinéa supprimé*

« *Les agences régionales de santé* mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1432-2.* - Le directeur général *de l'agence régionale de santé* exerce, *au nom de l'État*, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Au ...

... l'agence. *Cette communication est rendue publique.*

« *Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.*

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il peut déléguer sa signature.

« *Sous-section 2*  
« *Conseil de surveillance*

« *Art. L. 1432-3. - I. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :*

« 1° De représentants de l'État ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que d'au moins une personnalité, choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.

« Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'État dans la région.

« À titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé peut être confiée à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé. Un décret détermine la ou les régions où cette expérimentation est menée.

« Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

« Il approuve le compte financier.

« Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1432-3. - I. - Alinéa sans modification*

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° De ...

... handicapées, ainsi *qu'*au moins une personnalité *choisie* à raison de *sa* qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

***Alinéa supprimé***

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.

« II (*nouveau*). - Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est salarié de l'agence ;

« 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;

« 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.

« III (*nouveau*). - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« *Sous-section 3*

« *Conférence régionale de la santé et de l'autonomie*

« *Art. L. 1432-4.* - La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens pour en assurer le fonctionnement. Au moins une fois par an, le directeur général de l'agence régionale de santé rend compte devant elle de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« *Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.*

« II. - Non modifié

« III. - Non modifié

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1432-4.* - La ...

... santé. *Sont notamment représentés au sein de ces collègues les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services en santé et de la qualité des prises en charge.

« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

« Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

*« Section 2  
« Régime financier des agences*

« Art. L. 1432-5. - Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.

« Art. L. 1432-6. - Les ressources de l'agence sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'État ;

« 2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

« 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

« Art. L. 1432-7. - L'agence est dotée d'un compte public.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*« L'agence régionale de santé met à sa disposition des moyens de fonctionnement.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Division  
et intitulé sans modification**

« Art. L. 1432-5. - Non modifié

« Art. L. 1432-6. - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

« 5° Non modifié

*« Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.*

« Art. L. 1432-7. - Non modifié

*« Art. L. 1432-7-1 (nouveau). - L'État peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Section 3

« **Personnel des agences**

« Art. L. 1432-8. - Le personnel de l'agence comprend :

« 1° Des fonctionnaires ;

« 2° Des personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 ;

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

« 4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

« Les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence.

« Art. L. 1432-9. - Les emplois de direction des agences régionales de santé ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraites lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« Art. L. 1432-10. - Il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au deuxième alinéa du même article 15 peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 2321-1 du même code.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en applica-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'État ou les agences régionales de santé.*

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 1432-8. - Non modifié

« Art. L. 1432-9. - Non modifié

« Art. L. 1432-10. - Alinéa sans modification

« Le ...

*... code. Il est doté  
de la personnalité civile et gère son patrimoine.*

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

tion de l'article L. 4111-2 du même code.

« Art. L. 1432-11. - Les modalités d'application de la présente section, notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-10, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

*« CHAPITRE III*

**« Coordination des agences régionales de santé**

« Art. L. 1433-1. - Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance-maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé veille à ce que les moyens dont disposent les agences régionales de santé soient répartis entre les régions suivant un objectif de réduction des inégalités en santé.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Les dispositions du chapitre III du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code du travail sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du code du travail, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et, pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives, du livre IV de la deuxième partie du code du travail.

« Art. L. 1432-11. - Non modifié

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 1433-1. - Alinéa sans modification

« Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles auront à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

« Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

« Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

« Le comité de coordination veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« *Art. L. 1433-2.* - Après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de l'agence un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence. Ce contrat est préparé conjointement par le directeur général de l'agence, les services centraux concernés de l'État, les caisses nationales d'assurance maladie et la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie. Il détermine les orientations pluriannuelles des politiques menées par l'agence, les objectifs de l'agence, avec les indicateurs associés, et ses moyens de fonctionnement.

« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.

« *Art. L. 1433-3.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

« *CHAPITRE IV*  
« **La politique régionale de santé**

« *Section 1*  
« **Projet régional de santé**

« *Art. L. 1434-1.* - Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures pour les atteindre.

« Il prend en compte les orientations nationales de la politique de santé et les dispositions financières fixées par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances.

« *Art. L. 1434-2.* - Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-15.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu sco-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« *Art. L. 1433-2.* - Les ministres ...

... gé-  
néral de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1433-3.* - Non modifié

« *CHAPITRE IV*  
« **Planification régionale de la politique de santé**

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1434-1.* - Le ...  
... pluriannuels des actions que mène ...

... mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1434-2.* - Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° De ...

... soins, de  
plans de déplacements sanitaires et d'organisation médico-sociale ;

« 3° De ...

... démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation ...

... L. 1434-15.

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

laire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« Art. L. 1434-3. - Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis du représentant de l'État dans la région.

« Art. L. 1434-4. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de la présente section.

« *Sous-section 1*  
« *Schéma régional de prévention*

« Art. L. 1434-5. - Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« *Sous-section 2*  
« *Schéma régional d'organisation des soins*

« Art. L. 1434-6. - Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Art. L. 1434-3. - Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région.

« Art. L. 1434-4. - Non modifié

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 1434-5. - Le ...

... risques émergents et les modalités ...  
... L. 1435-2.

« Art. L. 1434-5-1 (nouveau). - Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance maladie mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, des crédits provenant du Fonds national de prévention créé par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 88-16 du 5 juillet 1988 relative à la sécurité sociale. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de l'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention. Le directeur de l'agence régionale de santé en informe immédiatement les membres du conseil de surveillance.

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 1434-6. - Le ...

... population permanente et saisonnière et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes.

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Il s'assure de la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« *Art. L. 1434-7.* - Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

« 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;

« 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

« 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Il ...

... médico-sociaux, *les centres de santé*, les structures et professionnels de santé libéraux. *Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.*

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes *et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.*

« Il ...

... libéraux, *des pôles de santé*, des centres ...

... santé

« Il détermine, *selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale*, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, *des pôles de santé* et des centres de santé *et prévues notamment par l'article L. 1434-6-1 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.*

« Il organise la coordination ...

... santé.

« *Art. L. 1434-7.* - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.

« Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 2° et 3° doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

« *Art. L. 1434-8.* - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« *Art. L. 1434-9.* - Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'État.

*« Sous-Section 3*

*« Schéma régional d'organisation médico-sociale*

« *Art. L. 1434-10.* - Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé et des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie prévus au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, élaborés par les conseils généraux.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« *Art. L. 1434-8.* - Non modifié

« *Art. L. 1434-9.* - Non modifié

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1434-10.* - Alinéa sans modification

« Ce ...

... santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés au 4° de l'article L. 312-5 du même code.

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Section 2

**« Gestion du risque au niveau régional**

« Art. L. 1434-11. - L'agence régionale de santé prépare, avec les organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé tel que défini à l'article L. 1431-2 du présent code. Il est actualisé chaque année. Les organismes d'assurance maladie complémentaire peuvent être associés à l'élaboration des actions du programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé pour lesquelles ils contractent avec l'agence régionale de santé.

« Ce programme est déterminé conjointement par le directeur général de l'agence et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de l'agence dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans le respect des dispositions régissant leurs compétences.

« Il reprend les actions que les organismes et services locaux d'assurance maladie doivent mettre en œuvre dans le cadre des orientations et directives fixées par leur

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

« Art. L. 1434-10-1 (nouveau). - Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé correspondant aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, la dotation régionale mentionnée aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du même code est abondée des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables.

« Section 2

**« Programme pluriannuel régional de gestion du risque**

« Art. L. 1434-11. - Le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé comprend, outre les actions nationales définies par la convention prévue à l'article L. 182-2-1-1, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

« Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

organisme national.

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, le programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé.

« Le programme est annexé au projet régional de santé.

« Art. L. 1434-12. - Les modalités de participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre du projet régional de santé font l'objet d'un contrat avec l'agence.

« Art. L. 1434-13. - Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de la présente section.

« Section 3

« **Territoires de santé et conférences de territoire**

« Art. L. 1434-14. - L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part, et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'État dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

« Art. L. 1434-15. - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« Les ...

... concerné, *outre les programmes nationaux de gestion du risque*, le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé.

*Alinéa supprimé*

« Art. L. 1434-12. - *Supprimé*

« Art. L. 1434-13. - Non modifié

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 1434-14. - L'agence ...

... recours,  
*après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie*. Les territoires ...

... région.

Alinéa sans modification

« Art. L. 1434-15. - Dans ...

... concerné, *dont les usagers du système de santé*.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

« *CHAPITRE V*

« *Moyens et outils de mise en œuvre  
de la politique régionale de santé*

« *Section 1*

« *Veille, sécurité et polices sanitaires*

« *Art. L. 1435-1.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

« Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

« L'agence est signataire du volet sanitaire des contrats urbains de cohésion sociale conclus avec les collectivités locales pour le développement social et urbain des quartiers de la politique de la ville et la réduction des inégalités entre territoires.

« Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *CHAPITRE V*

« *Modalités et moyens d'intervention  
des agences régionales de santé*

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1435-1.* - Le ...

... compétent *ainsi que les élus territoriaux concernés* de tout ...  
... pu-  
blic.

Alinéa sans modification

« *Les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.*

« *Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1 du présent code.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.*

Alinéa sans modification

« *Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 1435-2.* - Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

*« Section 2*

**« Contractualisation avec les offreurs de services en santé**

« *Art. L. 1435-3.* - L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé ou les collectivités territoriales est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« *Art. L. 1435-4.* - L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé.

« Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui leur est associée, qui peut être liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service ou le réseau concerné. Le contrat d'amélioration des pratiques en santé est conforme au contrat-type national, lorsqu'il existe, élaboré par les parties aux conventions mentionnées aux ar-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*régionale de santé et, en son absence, à des agents placés sous son autorité.*

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1435-2.* - Alinéa sans modification

*« Le directeur de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.*

*« Section 2*

**« Contractualisation avec les offreurs de services de santé**

« *Art. L. 1435-3.* - L'agence ...

*... peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure ...*

*... centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé.*

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1435-4.* - L'agence ...

*... centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, ...*

*... contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.*

« Ce ...

*... services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Le contrat visé au premier alinéa est conforme au contrat-type national. Ce contrat-type est adopté,*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence de contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« *Art. L. 1435-5.* - L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 du présent code. Ses modalités sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« *Section 3*  
« **Accès aux données de santé**

« *Art. L. 1435-6.* - L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires, à l'exception des données personnelles, à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé ainsi que des organismes d'assurance maladie mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32 du code de la sécurité sociale. Elle est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmissions des données issues des établissements de soins.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; il est adopté, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres ...*

*... maladie, par les parties aux conventions et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.*

*« La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.*

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1435-5.* - L'agence ...

*... modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.*

Alinéa sans modification

Division  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 1435-6.* - L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ainsi que des organismes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment à ceux mentionnés aux articles L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale et L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles. Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. L'agence régionale de santé est tenue informée ...

*... en lits et places. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmissions des données issues des établissements de soins et médico-sociaux.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

« Section 4  
« **Inspections et contrôles**

« Art. L. 1435-7. - Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitudes techniques et juridiques définies par décret en Conseil d'État, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code.

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'État territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

« Le représentant de l'État dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

« Les agents ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal.

« Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Commission nationale de l'informatique et des libertés présente au Parlement un rapport évaluant les conditions d'accès aux données de santé par les agences régionales de santé.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des agences régionales de santé les applications informatiques et les accès à son système d'information nécessaires pour l'exercice de leurs missions. Une convention nationale conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'autorité compétente de l'État pour le compte des agences régionales de santé fixe le contenu et les conditions de cette mise à disposition et des services rendus.

Division  
et intitulé sans modification

« Art. L. 1435-7. - Alinéa sans modification

« Le ...

... aliments, de l'Agence de la biomédecine, de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail et de l'Institut de veille sanitaire toute situation ...

... compétence.

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

*Article 26 bis (nouveau)*

Le code de la santé publique est ainsi modifié :  
1° L'article L. 6121-6 est abrogé ;

2° Après la référence : « L. 6121-5 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 6147-9 est supprimée.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*Article 26 bis A (nouveau)*

*L'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*1° À la première phrase, les mots : « et celui des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé » ;*

*2° À la seconde phrase, les mots : « ou par les organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , les organismes locaux ou les agences régionales de santé ».*

*Article 26 bis*

Alinéa sans modification  
1° Non modifié

2° Après la référence : « L. 6321-1 », la fin ...  
... supprimée.

*Article 26 ter*

..... Conforme .....

*Article 26 quater (nouveau)*

« Avant le 15 septembre 2009, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par régions et déléguée aux agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.

*Article 26 quater*

***Supprimé***

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

CHAPITRE II

**Représentation des professions de santé libérales**

Article 27

I. - Après le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique tel qu'il résulte de l'article 19, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

« *TITRE III*  
**« REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS  
DE SANTÉ LIBÉRALES**

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 4031-1.* - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 4031-2.* - Les membres des unions régionales des professions de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

« Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins un quart des départements et un quart des régions.

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professions de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.

« Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en trois collèges qui regroupent respectivement :

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

CHAPITRE II

**Représentation des professions de santé libérales**

Article 27

I. - Alinéa sans modification

Divisions  
et intitulé sans modification

« *Art. L. 4031-1.* - Non modifié

« *Art. L. 4031-2.* - Les membres des unions régionales des *professionnels* de santé ...

... moyenne.

« Tous ...

... au moins *la moitié* des départements et *la moitié* des régions.

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale des *professionnels* de santé ...

... région.

« Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en collèges qui regroupent *les disciplines médicales et chirurgicales en fonction de critères tenant :*

« - *aux contraintes particulières relatives à la pénibilité et à la permanence des soins ;*

« - *à la proportion d'actes médico-techniques dans*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

« 1° Les médecins généralistes ;

« 2° Les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ;

« 3° Les autres médecins spécialistes.

« Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales professionnelles, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 4031-3.* - Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

« Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 4031-4.* - Les unions régionales des professionnels de santé perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 4031-3. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

« Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est re-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*L'exercice de l'activité ;*

« - à la participation aux soins de premier recours.

« *Cette classification est déterminée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.*

« 1° *Supprimé*

« 2° *Supprimé*

« 3° *Supprimé*

Alinéa sans modification

« Sauf ...

... régionales  
*des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.*

« *Art. L. 4031-3.* - Non modifié

« *Art. L. 4031-4.* - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

couverte et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. - Le chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé.

III. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque union régionale des médecins exerçant à titre libéral à l'union régionale des professions de santé compétente pour les médecins du même ressort font l'objet d'une convention entre ces deux instances. À défaut d'accord, le juge judiciaire est saisi à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition.

IV. - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-33. - Sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience. »

V. - Après l'article L. 162-14-1-1 du même code, il est inséré un article L. 162-14-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-14-1-2. - La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs orga-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

II. - Non modifié

III. - Les ...

... régionale des *professionnels* de santé ...

... imposition.

IV. - Non modifié

V. - Alinéa sans modification

« Art. L. 162-14-1-2. - I. - La validité des conventions et accords mentionnés à l'article L. 162-5 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.

« II. - La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 est subordonnée ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

nisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code. »

VI. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du même code est ainsi rédigé :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord mentionnés au premier alinéa par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »

VII (*nouveau*). - Par dérogation à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi, les enquêtes de représentativité qui doivent être organisées compte tenu des échéances conventionnelles sont reportées jusqu'à la mise en place des unions régionales des professions de santé. Les organisations syndicales reconnues représentatives à la date d'entrée en vigueur de la présente loi le restent jusqu'à l'organisation des enquêtes de représentativité suivantes.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... code. »

VI. - le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du même code est *remplacé par trois alinéas ainsi rédigés* :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord *prévu à la section 1 du présent chapitre* par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, *dans chacun des trois collèges*, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

« *L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.*

« Pour les professions pour lesquelles, *en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique*, ne sont pas organisées ...

... signataires. »

VII. - Par ...

... régionales des *professionnels* de santé. Les ...

... suivantes.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

CHAPITRE III

**Établissements et services médico-sociaux**

Article 28

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 247-2, le mot : « agrégées » est supprimé ;

2° L'article L. 312-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-3.* - La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue :

« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

« Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au Gouvernement et aux autorités locales concernées.

« La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes communs aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier. » ;

3° L'article L. 312-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5.* - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :

« 1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

CHAPITRE III

**Établissements et services médico-sociaux**

Article 28

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Non modifié

*1° bis (nouveau) La dernière phrase du III de l'article L. 312-1 est complétée par les mots : « et leurs règles de financement et de tarification » ;*

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

« *Art. L. 312-5.* - Alinéa sans modification

« 1° Les ...

*... niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

« 2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :

« a) Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

« b) Aux services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4 ;

« 3° Le directeur de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique ;

« 4° Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département, ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. » ;

4° L'article L. 312-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5-1.* - Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional mentionné au 3° de l'article L. 312-5. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

4° Non modifié

*4° bis (nouveau) Le septième alinéa de l'article L. 313-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Cette autorité assure la publicité de cette décision*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

5° L'article L. 313-1-1 devient l'article L. 313-1-2 ;

6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-1-1.* - Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que des projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

« Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable. » ;

7° L'article L. 313-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-3.* - L'autorisation est délivrée :

« a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interven-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif. »*

5° Non modifié

6° Alinéa sans modification

« *Art. L. 313-1-1. - I. - Les ...*

*... L. 313-3.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Le ...*

*... équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.*

*« II (nouveau). - Les opérations de regroupements d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I du présent article et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.*

*« Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations. » ;*

7° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

tions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

« *b*) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, *b* du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article ;

« *c*) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

« *d*) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *b* ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

« *e*) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *c* ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. » ;

8° L'article L. 313-4 est ainsi modifié :

*a*) Au premier alinéa, le mot : « initiale » est supprimé ;

*b*) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation ; »

*c*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation. » ;

9° L'article L. 345-3 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

8° Alinéa sans modification

*a*) Non modifié

*b*) Alinéa sans modification

« 3° Répond ...

... l'autorisation, *sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1* ; »

*c*) Non modifié

9° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

9° *bis (nouveau)* Le premier alinéa de l'article L. 348-4 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre sa personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

10° Le premier alinéa de l'article L. 313-12 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire. » ;

11° Après l'article L. 313-12-1, il est inséré un article L. 313-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-2.* - Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. » ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

9° *bis* Non modifié

10° L'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) *Le premier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :*

« Par ...

... gestionnaire, qui comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre. » ;

b) *(nouveau) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

11° Alinéa sans modification

« *Art. L. 313-12-2.* - Les ...

... tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

12° L'article L. 313-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-13.* - Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.

« Dans les établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'État, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé, mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L. 133-2 du présent code, dans les conditions définies à cet article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil général et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives.

« Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'État dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

« Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires accueillis dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

« Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

12° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

preuve du contraire. Ils peuvent, au titre des contrôles mentionnés au présent article et aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, effectuer des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

13° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;

14° Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements médico-sociaux dont l'autorisation relève de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, soit exclusive soit conjointe avec le président du conseil général, les délibérations mentionnées au premier alinéa sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé. Dans ce cas, les compétences du représentant de l'État dans le département définies au présent article sont exercées par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

15° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est ainsi rédigé :

« L'article L. 344-5 du présent code s'applique également à toute personne handicapée accueillie dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 ou dans un établissement autorisé à dispenser des soins de longue durée, et dont l'incapacité, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 113-1, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret. » ;

16° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « tous les cinq ans » sont supprimés ;

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

13° Non modifié

14° Non modifié

15° Non modifié

16° Alinéa sans modification

a) *Le premier alinéa est ainsi rédigé :*

*« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. » ;*

*a bis) (nouveau) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résul-*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations internes et deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2002, procèdent à une évaluation interne et une évaluation externe avant la date de renouvellement de l'autorisation. Pour les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et la publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, la durée de validité de l'autorisation telle que prévue à l'article L. 313-1 court à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. » ;

d) Le c du 1° est abrogé ;

17° (nouveau) Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des aidants familiaux » ;

b) Aux b du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux » ;

18° (nouveau) Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

b) Aux b du 1 et du 2, après le mot : « vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des accueillants

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

*tats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. » ;*

b) Alinéa sans modification

« Les ...

... procéder à deux évaluations externes entre la date ...

... décret. » ;

c) Alinéa sans modification

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés *et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. » ;

*c bis) (nouveau) Après le cinquième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :*

*« En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.*

*« La disposition prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. » ;*

d) Non modifié

17° Non modifié

18° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ».

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

19° (nouveau) L'article L. 313-26 devient l'article L. 313-27 et il est rétabli à l'article L. 313-26 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-26. - Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

« Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

« Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. » ;

20° (nouveau) L'article L. 311-1 est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif les établissements et services privés qui :

« - exercent leurs missions sociales et médico-sociales dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ;

« - inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, qui décrit les modalités selon lesquelles les établissements et services qu'elle administre organisent leur action en vue de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux émergents ou non satisfaits, d'une part, et de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur, d'autre part ;

« - publient leurs comptes annuels certifiés ;

« - établissent le cas échéant des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées.

« Les personnes morales de droit privé gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés adoptent le statut d'intérêt collectif par une délibération de leur organe délibérant transmise à l'autorité ayant compétence

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*pour délivrer l'autorisation. La qualité d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif se perd soit par une nouvelle délibération de l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, transmise à l'autorité ayant enregistré l'engagement initial dans l'intérêt collectif social et médico-social, soit du fait d'une appréciation de l'autorité ayant délivré l'autorisation, dans des conditions de procédure définies par décret.*

*« Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'État. » ;*

*21° (nouveau) Après l'article L. 313-23-2, il est inséré un article L. 313-23-3 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 313-23-3. - À défaut d'accord de branche ou d'accord d'entreprise ou d'établissement définissant les modalités d'un service minimum permettant d'assurer, en cas de grève, la sécurité du personnel et des personnes handicapées ou âgées accompagnées de façon permanente dans les établissements et services définis aux 2°, 5°, 6°, 7° et 12° de l'article L. 312-1, un service minimum est mis en place dans ces établissements et services dans des conditions prévues par décret. » ;*

*22° (nouveau) Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 est complété par deux phrases ainsi rédigées :*

*« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012. » ;*

*23° (nouveau) L'article L. 411-1 est ainsi modifié :*

*a) Au deuxième alinéa, les mots : « ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen » sont remplacés par les mots : « d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à une convention internationale ou un arrangement en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles » ;*

*b) Au septième alinéa, les mots : « le titre » sont remplacés par les mots : « le titre ou ensemble de titres » ;*

*c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

*« Le bénéficiaire peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. » ;*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

24° (nouveau) L'article L. 312-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa les mots : « gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 » sont remplacés par les mots : « qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions » ;

b) Au b, la référence : « L. 129-1 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 7232-1 » ;

c) Après le septième alinéa, il est inséré un d ainsi rédigé :

« d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique. » ;

d) À la première phrase du huitième alinéa, les mots : « gestionnaires de services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « mentionnés au premier alinéa » et la référence : « L. 6133-1 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

e) Le début du neuvième alinéa est ainsi rédigé : « Les premier et troisième alinéas de l'article L. 6133-3, le premier alinéa de l'article L. 6133-4, les articles L. 6133-6 et L. 6133-7 du code la santé publique sont applicables... (le reste sans changement) » ;

f) Au douzième alinéa, la référence : « L. 129-1 » est remplacée par la référence : « L. 7232-1 » ;

g) Au treizième alinéa, les mots : « telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique » et la dernière phrase sont supprimés ;

h) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel. » ;

25° (nouveau) Après l'article L. 313-14, il est inséré un article L. 313-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-14-1. - Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 à l'exception du 10°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services pré-

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

vues au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement.

« La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux.

« L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code. »

II (nouveau). - A. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 257 est ainsi modifié :

a) Le début de l'avant-dernier alinéa du 1 du 7° est ainsi rédigé : « de la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que de locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire s'ils remplissent... (le reste sans changement) » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

*Article 28 bis (nouveau)*

L'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

b) *À la première phrase du 7° sexies, après le mot : « portant », sont insérés les mots : « sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire » ;*

*2° Au 3 septies du I de l'article 278 sexies, après les mots : « apports de locaux », sont insérés les mots : « destinés à l'hébergement aux établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les ventes et apports de locaux aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I du même article, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire ».*

*B. - Les dispositions prévues au A s'appliquent aux locaux acquis, aménagés ou construits à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.*

*III (nouveau). - 1. L'intitulé du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre V de la deuxième partie du code du travail est complété par les mots : « ou d'intérêt général ».*

*2. Le 2° de l'article L. 2512-1 du même code est complété par les mots : « ou d'une mission d'intérêt général et d'utilité sociale telle que définie à l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles ».*

*Article 28 bis A (nouveau)*

*Aux première et troisième phrases de l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, après les mots : « établissement public de santé », sont insérés les mots : « , les organismes visés à l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale gérant des établissements de santé ».*

*Article 28 bis*

*L'article L. 1111-24 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 16 bis, est complété par deux alinéas ainsi rédigés :*

*Alinéa sans modification*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

par le code du travail. »

CHAPITRE IV

**Dispositions de coordination et dispositions transitoires**

Article 29

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est abrogé ;

2° L'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie est ainsi rédigé : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;

3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés.

4° (*nouveau*) L'article L. 6162-7 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le représentant de l'État dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'État dans la région ; »

b) Après le mot : « État », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « mentionné au 1° ».

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La sous-section 2 de la section 10 du chapitre II

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*« Ce groupement peut également attribuer, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés. »*

*Article 28 ter (nouveau)*

*À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les mots : « répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé » sont remplacés par les mots : « aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24 ».*

CHAPITRE IV

**Dispositions de coordination et dispositions transitoires**

Article 29

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Non modifié

4° Non modifié

*5° (nouveau) L'article L. 6162-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative. »*

II. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

du titre VI du livre I<sup>er</sup> et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;

2° Le chapitre III du titre VIII du livre I<sup>er</sup> est abrogé ;

3° L'article L. 215-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 215-1. - Les caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail :

« 1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;

« 2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;

« 3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;

« 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;

« 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

« Les circonscriptions des caisses régionales sont fixées par décret. »

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

« Art. L. 215-1. - Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

« 5° Non modifié

« Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret. »

4° (nouveau) L'article L. 215-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2° du présent article. » ;

5° (nouveau) Après l'article L. 215-5, il est inséré un article L. 215-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 215-5-1. - I. - Il est constitué auprès du conseil d'administration une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :

« 1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

—

III. - L'article 68 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

**Article 30**

I. - À la date d'entrée en vigueur prévue au I de l'article 32 de la présente loi, dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, l'agence régionale de santé est substituée, pour l'exercice des missions prévues à l'article 26, à l'État, à l'agence régionale de l'hospitalisation, au groupement régional de santé publique, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, à la caisse régionale d'assurance maladie.

L'agence régionale de santé est substituée à la mission régionale de santé et à l'État, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence. Les biens immeubles de l'État sont mis à disposition de l'agence régionale de santé. Le représentant de l'État est autorisé à mettre à disposition de l'agence régionale de santé, pour l'exercice de ses missions, les biens immeubles mis à disposition de l'État par les départements en application de la loi n° 85-1098 du

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

—

« 2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

« Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

« Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

« II. - La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires. »

III. - Non modifié

*IV (nouveau).* - Par dérogation au 1° du II, les dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale et les décisions prises en application de ces dispositions par les missions régionales de santé demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du premier schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'agence régionale de santé.

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé est substitué à la mission régionale de santé.

**Article 30**

I. - Alinéa sans modification

L'agence ...

... autorisé, après avis du président du conseil général, à mettre à disposition ...

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'État, les départements et les régions des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement des services placés sous leur autorité. La dotation générale de décentralisation versée par l'État aux départements est maintenue en contrepartie des locaux mis à disposition des agences régionales de santé.

L'agence régionale de santé est substituée à l'agence régionale de l'hospitalisation et au groupement régional de santé publique dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Les conditions de dévolution à l'agence régionale de santé des biens meubles et immeubles détenus par ces groupements d'intérêt public sont celles fixées par les conventions les ayant constitués ou, le cas échéant, sont fixées par une décision de leurs organes délibérants. Une convention est signée aux fins de transfert entre le directeur de ces groupements et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Les conditions dans lesquelles s'opère le transfert des droits et obligations, biens meubles et immeubles de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie, pour la partie de ses compétences transférées, font l'objet d'une convention entre le directeur de ces dernières et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'État ni à perception d'impôts, droits ou taxes.

II. - Les fonctionnaires d'État exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public dont les activités sont transférées aux agences régionales de santé sont affectés dans ces agences. Ils conservent le bénéfice de leur statut.

Les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les praticiens hospitaliers exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les agents contractuels de droit public exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

... santé.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

II. - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat.

Les agents contractuels de droit privé exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les organismes d'assurance maladie au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail.

III. - Après l'article L. 123-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 123-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 123-2-3.* - Les accords collectifs nationaux agréés en application des articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1 ainsi que leurs avenants sont applicables aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels. »

Article 31

Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un responsable préfigurateur de l'agence régionale de santé est chargé de préparer la mise en place de l'agence. À cette fin, il négocie et signe les conventions prévues à l'article 30 de la présente loi et assure le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

Il élabore le projet d'organisation des services, prépare et arrête le budget du premier exercice et négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Pour accomplir les missions qui lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'État,

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Les ...

... assurance maladie visés au I du présent article, le service du contrôle médical du régime général, les caisses de base du régime social des indépendants et les caisses de la mutualité sociale agricole au titre ...

... travail.

*II bis (nouveau).* - Les personnels transférés restent affiliés au régime de retraite complémentaire dont ils relèvent à la date du transfert.

III. - Non modifié

Article 31

Alinéa sans modification

Il élabore le projet d'organisation des services, négocie ...

... moyens.

*Sur la base des éléments transmis par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, il prépare le budget primitif du premier exercice de l'agence. Le budget primitif du premier exercice est arrêté par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.*

*Le directeur général de l'agence peut exécuter le budget primitif en l'absence d'approbation du conseil de surveillance. Il prépare et soumet à l'approbation du conseil de surveillance de l'agence un budget rectificatif dans les six mois suivant la date mentionnée au I de l'article 32.*

Alinéa sans modification

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

ainsi que de ceux de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie.

Article 32

I. - Les IV et V de l'article 13, I à III de l'article 14, articles 26 à 29, à l'exception de l'article 27, et des 1<sup>o</sup>, 9<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup>, 15<sup>o</sup>, 16<sup>o</sup> et 17<sup>o</sup> de l'article 28 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

II. - Les 2<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup> et 8<sup>o</sup> de l'article 28, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, de renouvellement d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

III. - L'abrogation des articles L. 6121-9 et L. 6121-10 du code de la santé publique intervient six mois après l'entrée en vigueur du décret, pris en application de l'article L. 1432-4 du même code introduit par l'article 26 de la présente loi, mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, et au plus tard six mois après la date prévue au I du présent article.

IV (*nouveau*). - Jusqu'à la date prévue au I, l'article L. 6121-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6121-4. - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de l'hospitalisation peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation sanitaire. Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques ou démographi-

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 32

I. - Les ...

... 16<sup>o</sup>, 17<sup>o</sup>, 18<sup>o</sup>, 23<sup>o</sup> et 24<sup>o</sup> de l'article 28 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

II. - Les ...

... demandes d'autorisation, d'extension ...

... article.

*Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'au 31 décembre 2009 et ce pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article.*

*Les schémas prévus au 2<sup>o</sup> de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la présente loi sont pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé, jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 26 de la présente loi.*

III. - L'abrogation ...

... L. 1432-4 du code de la santé publique introduit ...

... article.

IV. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

ques spécifiques, ces équipements et activités font, par dérogation, l'objet d'un schéma régional. »

V (*nouveau*). - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant des articles 1<sup>er</sup> à 13 de la présente loi sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

VI (*nouveau*). - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 17 de la présente loi sont exercées par la mission régionale de santé.

VII (*nouveau*). - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 22 de la présente loi sont exercées par le groupement régional de santé publique.

VIII (*nouveau*). - Dans chaque établissement public de santé, jusqu'à la désignation des membres du conseil de surveillance, les dispositions du code de la santé publique continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à celle issue des articles 5 et 6 de la présente loi.

IX (*nouveau*). - Par dérogation aux dispositions du III de l'article L. 4312-3 du code de la santé publique, après les premières élections de l'ordre infirmier, il est procédé, le cas échéant, aux élections complémentaires des conseils après la mise en place du conseil national de l'ordre. L'organisation de ces élections a lieu dans un délai d'un an à compter de la date d'installation du conseil national.

X (*nouveau*). - La prise en charge de la gestion des directeurs des soins par le Centre national de gestion, prévue au 2<sup>o</sup> du I de l'article 7, prend effet un an après la publication de la présente loi. Pendant ce délai, le Centre national de gestion organise les élections professionnelles du corps à gestion nationale.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

V. - Jusqu'à ...

... à 13 et du XI de l'article 19 ter de la présente loi ...  
... l'hospitalisation.

VI. - Non modifié

VII. - Non modifié

VIII. - Non modifié

IX. - Non modifié

X. - Non modifié

XI (*nouveau*). - *Le quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 26 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte.*

XII (*nouveau*). - *Jusqu'à la date prévue au I, les autorisations de création de lactariums sont délivrées par le représentant de l'État dans le département.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Article 33

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

1° Modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi et le respect de la hiérarchie des normes et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet ;

2° Préciser les missions de service public des centres de lutte contre le cancer, adapter les modalités de financement de leurs activités, réformer et simplifier leur organisation, leur fonctionnement, leur gestion et les modalités de leur contrôle budgétaire et comptable ;

3° Étendre et adapter les dispositions de la présente loi aux collectivités d'outre-mer et, sous réserve des compétences dévolues par leur statut particulier, à la Polynésie Française et à la Nouvelle-Calédonie.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance dans un délai de trois mois à compter de sa publication.

Article 34 (nouveau)

I. - Le statut d'établissement public industriel et commercial des « Thermes nationaux d'Aix-les-Bains » prend fin le 30 juin 2009, l'établissement étant transformé en une société anonyme qui prend son existence au 1<sup>er</sup> juillet 2009.

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

Article 32 bis (nouveau)

*Le quatrième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° À la seconde phrase, les mots : « carte professionnelle de santé » sont remplacés par les mots : « carte de professionnel de santé », et après les mots : « L. 161-33 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé » ;*

*2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :*

*« La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. »*

Article 33

Alinéa sans modification

- modifier ...

... objet ;

2° **Supprimé**

- étendre ...

*... collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie et aux Terres australes et antarctiques françaises, en adaptant le cas échéant en conséquence celles applicables à La Réunion et à la Guadeloupe.*

Alinéa sans modification

Article 34

I. - Le statut d'établissement public industriel et commercial des « Thermes nationaux d'Aix-les-Bains » prend fin *au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi*, l'établissement étant transformé en une société anonyme qui prend son existence *le premier jour du mois qui suit la date de*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

Cette transformation n'emporte ni création de personne morale nouvelle, ni cessation d'activité.

Le capital initial de la société est détenu intégralement par l'État.

II. - La société mentionnée au I est soumise aux dispositions législatives applicables aux sociétés commerciales sous réserve des dispositions du présent article.

Cette société est ajoutée à la liste figurant à l'annexe III de la loi n° 83-675 du 26 juillet 1983 relative à la démocratisation du secteur public.

Ses statuts sont initialement fixés par décret en Conseil d'État. Ils sont ensuite modifiés selon les règles applicables aux sociétés anonymes.

Les comptes du dernier exercice de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains avant sa transformation résultant du I sont approuvés dans les conditions de droit commun par l'assemblée générale de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Le bilan du 1<sup>er</sup> juillet 2009 de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains est constitué à partir du bilan, au 30 juin 2009, de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains et du compte de résultat arrêté à cette dernière date.

III. - Les biens du domaine public immobilier de l'État qui ont été mis en dotation à l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains sont déclassés à la date de sa transformation en société.

Les biens dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé du domaine sont apportés, à cette même date, à la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains.

Les apports ne donnent lieu à aucun versement de salaires ou honoraires au profit des agents de l'État, ni à aucune indemnité ou perception de droits ou de taxes.

L'ensemble des droits, obligations, contrats, conventions et autorisations de toute nature de l'établissement public sont attribués, à cette même date, de plein droit et sans formalité à la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Cette attribution n'a aucune incidence sur ces droits et obligations et n'entraîne ni modification ni résiliation des contrats et conventions en cours passés par l'établissement public.

IV. - L'ensemble des opérations de transformation de l'établissement en société anonyme est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu au paiement d'aucun impôt, rémunération, salaire ou honoraire au profit de l'État, de ses agents ou de toute autre personne publique.

V. - La première phrase de l'article L. 4321-6 du code de la santé publique est remplacée par une phrase et

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*promulgation de la présente loi.*

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

II. - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Les ...

... Le bilan *au premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi* de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains est constitué à partir du bilan, au *dernier jour du mois de promulgation de la présente loi*, de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains et du compte de résultat arrêté à cette dernière date.

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

**Texte adopté par l'Assemblée nationale  
en première lecture**

deux alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État détermine les actes, notamment de massage et de gymnastique médicale, que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982 :

« 1° Au sein des établissements thermaux ;

« 2° Sous réserve d'avoir satisfait, avant le 31 décembre 2011, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret, au sein des établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

**Texte adopté par le Sénat  
en première lecture**

*Article 35 (nouveau)*

*Le 6° de l'article L. 722-20 du code rural est complété par les mots : « ainsi que les agents de droit privé des agences régionales de santé qui demeurent régis par les conventions collectives des organismes de mutualité sociale agricole ».*