

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative

NOR : SJSX0822640L/Rose-1

PROJET DE LOI

portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives
aux patients, à la santé et aux territoires

TITRE I^{ER}
MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

CHAPITRE I^{ER}
MISSIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Article 1^{er}

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

1° Les deuxième, troisième et cinquième alinéas sont supprimés ;

2° Il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les établissements participent à la coordination des soins avec les acteurs de santé exerçant en pratique de ville et dans les secteurs médico-social et social.

« Ils délivrent les soins dans le cadre d'un hébergement dans l'établissement, en ambulatoire ou à domicile.

« Les établissements de santé contribuent en tant que de besoin à la permanence des soins hospitalière organisée par l'agence régionale de santé. »

II. - L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par l'intitulé suivant :

*« CHAPITRE II
« MISSIONS DE SERVICE PUBLIC ASSUREES PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ».*

III. - L'article L. 6112-1 du même code est ainsi modifié :

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

« Outre les missions définies à l'article L. 6111-1, les établissements de santé sont susceptibles de participer aux missions de service public suivantes : » ;

2° Les 1° à 7° sont renumérotés 2° à 8° ;

3° Il est inséré après le premier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« 1° A la permanence des soins ; »

4° Le 3°, qui devient le 4°, est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° A la recherche en santé ; »

5° Le dernier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 9° Aux actions de santé publique ;

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

« 11° Aux soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par voie réglementaire ;

« 12° Aux 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° Aux soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. »

IV. - Après cet article, il est inséré un article L. 6112-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6112-1-1. - L'exercice des missions définies à l'article L. 6112-1 doit respecter, pour tous les patients, les garanties suivantes :

« 1° L'égal accès aux soins dispensés ;

« 2° L'assurance d'un accueil et d'une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, éventuellement en urgence, ou leur orientation vers un établissement adapté à la prise en charge nécessitée par l'état du patient ;

« 3° L'absence de discrimination en ce qui concerne la qualité des soins ;

« 4° la possibilité d'être pris en charge, pour toutes les situations urgentes ou relevant de la période de permanence des soins, et dans des conditions précisées par voie réglementaire pour les autres situations, aux tarifs des honoraires définis par les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 322-5-2 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. »

V. - 1° L'article L. 6112-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6112-2.* - Les missions définies à l'article L. 6112-1 peuvent être assurées, en tout ou partie :

« 1° Par les établissements de santé ;

« 2° Par les groupements de coopération sanitaire ;

« 3° Par l'Institution nationale des Invalides pour 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 ;

« 5° Par les praticiens exerçant dans les organismes énumérés aux 1° à 4° ;

« 6° Par les titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ainsi que les praticiens exerçant dans des structures autorisées pour l'installation d'équipement matériel lourd.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 précise les missions de service public exercées par les établissements mentionnés aux 1°, 2° et 6°. Quand il comprend une mission de service public, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé pour une durée minimale de cinq ans.

« Lorsqu'une ou plusieurs des missions de service public ne sont pas assurées sur un territoire de santé, l'agence régionale de santé désigne en tant que de besoin parmi les établissements mentionnés au premier alinéa, celui ou ceux qui en sont chargés, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

« Les praticiens qui exercent leur activité dans le cadre de la permanence des soins hospitalière mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 respectent les garanties liées à cette mission et prévues à l'article L. 6112-1-1. » ;

2° Il est inséré un article L. 6112-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6112-2-1.* - Les établissements publics de santé assurent notamment les missions définies aux 2°, 3° et 8° de l'article L. 6112-1. Les garanties mentionnées à l'article L. 6112-1-1 s'appliquent à l'ensemble de leurs missions. »

VI. - Après l'article L. 6161-11 du même code, il est inséré deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 6161-12.* - Les contrats conclus en application de l'article L. 4113-9 entre un établissement de santé assurant une ou plusieurs des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 et les praticiens y exerçant comportent des dispositions organisant leur participation médicale à ces missions.

« Dans un délai de six mois à compter de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens attribuant une ou plusieurs missions de service public à un établissement de santé, les contrats mentionnés au premier alinéa sont révisés afin d'intégrer les obligations découlant de la participation de l'établissement à ces missions. La non prise en compte de ces obligations constitue un motif de rupture des contrats conclus en application de l'article L. 4113-9.

« *Art. L. 6161-13.* - Pour des motifs d'égalité d'accès aux soins ou de santé publique, les établissements de santé privés peuvent être tenus par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 de réviser les contrats conclus en application de l'article L. 4113-9, afin de garantir aux patients la possibilité d'être pris en charge aux tarifs des honoraires définis par les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 322-5-2 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dans des conditions définies par voie réglementaire. »

VII. - Au deuxième alinéa de l'article L. 632-5 du code de l'éducation, les mots : « participant au service public » sont supprimés.

VIII. - Le livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les articles L. 6161-5, L. 6161-6, L. 6161-8, L. 6161-9 et L. 6161-10 sont abrogés ;

2° Aux articles L. 6112-2, L. 6114-2, L. 6115-3, L. 6141-2, L. 6161-3-1, L. 6161-7, et L. 6417-2, les mots : « établissements mentionnés à l'article L. 6161-6 » sont remplacés par les mots : « établissements qui ont été admis à participer au service public hospitalier en application de l'article L. 6161-6 dans sa rédaction antérieure à la loi n° du portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires » ;

3° A l'article L. 6161-4, les mots « ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, » sont supprimés ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 6161-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le dernier alinéa de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6145-4 sont applicables aux établissements ayant été admis à participer au service public hospitalier au sens des dispositions du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° du portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires pour ce qui concerne leurs activités de soins et de service public. » ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 6122-7 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour les établissements de santé privés, l'autorisation peut-être subordonnée à la participation à une ou plusieurs missions de service public dans les conditions définies à l'article L. 6112-2. »

IX. - Les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi continuent d'exercer les missions pour lesquelles ils y ont été admis, et les dispositions des articles L. 6161-5, L. 6161-7 et L. 6161-8 et du premier alinéa de l'article L. 6161-6 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à cette date leur restent applicables jusqu'à la révision de leur contrat d'objectifs et de moyens, et au plus tard jusqu'à la date 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.

Jusqu'à cette même date, ils assurent notamment les missions définies aux 2°, 3° et 8° de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et les garanties mentionnées à l'article L. 6112-1-1 du même code s'appliquent à l'ensemble de leurs missions. Jusqu'à cette date, ces établissements restent financés dans les conditions en vigueur avant la publication de la présente loi.

Ces dispositions sont également applicables aux centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique et aux établissements ayant 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.

X. - L'article L. 6112-5 du code de la santé publique est abrogé.

XI. - L'article L. 6311-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

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

« 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.

« Leur fonctionnement peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral. »

XII. - L'article L. 6323-1 du code de la santé publique 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 supprimés.

3° Le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

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

XIII. - L'article L. 6323-2 du code de la santé publique est abrogé.

Article 2

I. - L'article L. 6111-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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, les établissements de santé participent aux dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire, organisent la lutte contre les événements indésirables, dont 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 remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

« Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par voie réglementaire. »

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° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La conférence médicale contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elle élabore un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. »

V. - Après l'article L. 6111-1 du même code, il est inséré un article L. 6111-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-1-1.* - Au titre de certaines missions spécifiques telles que la coordination, l'expertise, l'orientation des patients, la prévention, l'information, la recherche, la surveillance épidémiologique, la formation, concernant des affections particulières pouvant notamment présenter un problème de santé publique, des structures ou centres peuvent faire l'objet d'une reconnaissance par arrêté du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'agence régionale de santé, dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

VI. - Le dernier alinéa de l'article L. 1151-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ces règles sont fixées par arrêté 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 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, chacune pour ce qui la concerne, fixent cette liste.

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

VII. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-8 et L. 162-22-9, les mots : « mentionnées au *a* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés ;

2° Aux articles L. 174-1 et L. 162-22-1, les mots : « respectivement mentionnées aux *a* et *b* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés ;

3° Aux articles L. 174-5 et L. 174-6, les mots : « mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés ;

4° A l'article L. 162-2-2, les mots : « mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés ;

5° Le dernier alinéa de l'article L. 165-1 est supprimé ;

6° Aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-16, les mots : « des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « des hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° du portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires »

Article 3

Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. - L'intitulé de ce chapitre est ainsi rédigé : « Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ».

II. - L'article L. 6114-1 est ainsi modifié :

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

« Les agences régionales de santé concluent avec les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. »

2° Les cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;

3° Au septième alinéa, les mots : « ou suspendus » sont supprimés ;

4° Le alinéa est supprimé ;

5° Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues, à l'issue d'une procédure contradictoire définie par décret, l'agence régionale de santé peut prononcer une pénalité proportionnée à la gravité du manquement constaté et qui ne peut excéder 1 % des recettes d'assurance maladie constatées dans les comptes du titulaire au titre du dernier exercice clos. »

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

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

« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des titulaires d'autorisation d'activité de soins, des communautés hospitalières de territoire, des groupements de coopération sanitaire exerçant des activités de soins soumises à autorisation, sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment des schémas régional et interrégional de l'organisation des soins définis aux articles L. 1434-5 et L. 1434-6. » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ils fixent, le cas échéant par avenant, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 qui sont attribuées au titulaire du contrat, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et ils en définissent les conditions de mise en œuvre, au plus tard six mois après la délivrance de cette autorisation.

« A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé décide les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 et fixe les objectifs quantifiés ainsi que les pénalités prévues à l'article L. 6114-1. » ;

4° Au septième alinéa, les mots : « trois mois » sont remplacés par les mots : « six mois » ;

IV. - L'article L. 6114-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 nécessaires pour faire suite à la procédure de certification mentionnée à l'article L. 6113-3.

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

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

CHAPITRE II
STATUT ET GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Article 4

I. - L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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'Etat dans les conditions fixées au présent titre. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux, régionaux, interrégionaux ou nationaux. Ils sont créés par décision du directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

« 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 en conseil des ministres pris sur proposition du ministre chargé de la santé ;

« 2° Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, par arrêté du directeur général du centre national de gestion, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de la santé, après avis du président du conseil de surveillance ;

« 3° Par dérogation au 2°, pour les établissements associés à une communauté hospitalière de territoire, par arrêté du directeur général du centre national de gestion, sur proposition du président du directoire de la communauté hospitalière de territoire après avis du président du conseil de surveillance de l'établissement associé ;

« Sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé ou du président du directoire de la communauté hospitalière de territoire, le directeur nommé respectivement au titre du 2° et du 3° du présent article, peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis.

« L'établissement public de santé a pour objet d'effectuer, directement ou par l'intermédiaire des établissements, structures de coopération et services de santé qu'il contrôle, dont il est membre ou dans lesquels il détient une participation, toutes opérations concernant directement ou indirectement les missions de soins ou de service public hospitalier. »

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

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

« Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers, les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération sanitaire de droit public exerçant des activités de soin soumises à autorisation. » ;

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.

III. - Il est inséré après l'article L. 6141-2 du même code un article L. 6141-2-1 ainsi rédigé :

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

« 1° Produits d'activité ;

« 2° Dotations de l'Etat et de l'assurance maladie ;

« 3° Emprunts ;

« 4° Produits des ventes ou services ;

« 5° Avances consenties ;

« 6° Revenu des participations ;

« 7° Dons, legs, subventions et apports ;

« 8° Produits des brevets qu'ils détiennent ;

« 9° Produits financiers et divers ;

« 10° Produits des cessions d'actifs et produits exceptionnels. »

IV. - Après l'article L. 6142-15 du même code, il est inséré un article L. 6142-15-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6142-15-1.* - Les établissements publics de santé peuvent créer en leur sein 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 du service public hospitalier mentionnées à l'article L. 6112-1.

« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

« Les règles relatives aux fondations reconnues d'utilité publique, dans les conditions fixées 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.

« Les opérations de recettes et de dépenses effectuées au titre de chacune des fondations créées dans les conditions prévues au premier alinéa respectent les actes constitutifs de chacune des fondations et, le cas échéant, les règles applicables aux comptes des fondations.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les règles générales de fonctionnement de ces fondations.

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

Article 5

I. - L'intitulé du chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé: « Conseil de surveillance et directoire ».

II. - L'article L. 6143-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6143-1.* - Le conseil de surveillance exerce le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l'établissement. Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle et 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 directeur. »

II. - Les articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :

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

« 1° Au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;

« 2° Au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, deux désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

« 3° Au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont deux représentants des usagers.

« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. Il peut s'y faire représenter. Il reçoit comme les autres membres de ce conseil, les convocations, ordres du jour, procès-verbaux et tous autres documents qui leur sont adressés.

« 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 caisse d'assurance maladie désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. Il présente un rapport annuel sur l'activité et l'efficacité de l'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 comportant des unités de soins de longue durée ou gérant des établissements d'hébergement pour personnes âgées mentionnés 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 dans ces unités ou établissements peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

« La durée du mandat des membres du conseil de surveillance, leurs modalités de nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixées par voie réglementaire.

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

« 1° A 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 du service public hospitalier 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 prévus aux deuxième et huitième alinéas de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5, L. 6152-4 et L. 6154-4 ;

« 6° S'il est agent salarié de l'établissement ;

« 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 ;

« 8° S'il est président, vice président ou directeur d'un autre établissement de santé ou d'une université du même département.

« Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière et au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Au cas où il est fait application de ces incompatibilités au directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical, le conseil de l'unité ou le comité de coordination élit en son sein un remplaçant. »

Article 6

I. - Les articles L. 6143-7 à L. 6143-11 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

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

« Le président du directoire exécute les délibérations du conseil de surveillance. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1. Il prépare les travaux du conseil de surveillance et y assiste.

« Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.

« 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 vise le compte financier. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par le règlement intérieur.

« Après avis du directoire, le président du directoire :

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

« 2° Décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

« 3° Décide de la politique sociale, notamment le projet social et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

« 4° Détermine le programme d'investissement, établi en lien avec le projet d'établissement ;

« 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que 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 ;

« 6° Décide de l'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ;

« 7° Propose la constitution ou la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I^{er} de la présente partie ou aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

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

« 9° Signe les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;

« 10° Signe les délégations de gestion ;

« 11° Signe 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° Décide du règlement intérieur ;

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

« 14° En cas de restructuration de l'établissement conduisant à la suppression d'un ou plusieurs emplois médicaux, peut mettre fin aux fonctions d'un praticien mentionné au 1° de l'article L. 6152-1. Le praticien est alors placé en recherche d'affectation auprès du centre national de gestion ;

« 15° Présente au directeur général de l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

« 16° Informe le conseil de surveillance sur le fonctionnement de l'établissement.

« Les modalités d'application du présent article, précisant notamment les modalités de consultation des instances représentatives du personnel et les conditions de mise en œuvre des 14° et 16°, sont fixées par voie réglementaire.

« *Art. L. 6143-8.* - Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il prépare le projet médical de l'établissement, qui est arrêté par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement et du directoire.

« *Art. L. 6143-9.* - Le directoire prépare le projet d'établissement, sur la base du projet médical. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, dans les conditions définies à l'article L. 6143-7.

« *Art. L. 6143-10.* - Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires. Les 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 directeur de l'établissement, 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.

« En cas d'empêchement temporaire du président et du vice-président, le directeur général de l'agence régionale de santé peut déléguer un membre du directoire dans les fonctions de président, sur proposition du conseil de surveillance.

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

« *Art. L. 6143-11.* - Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance doit faire l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

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

« A peine de révocation de ses fonctions à l'établissement public de santé, l'intéressé est tenu, avant la conclusion du contrat, de déclarer au conseil de surveillance de l'établissement qu'il se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus. »

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

III. - L'article L. 6145-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les deux dernières phrases sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « L'état des prévisions de recettes et de dépenses est fixé par le président du directoire après avis du directoire. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions fixées à l'article L. 6143-4, le président du directoire de l'établissement soumet à l'avis du directoire un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

3° Au troisième alinéa, les mots : « Si un nouvel état n'est pas adopté ou si ce nouvel état » sont remplacés par les mots : « Si le président du directoire ne fixe pas un nouvel état ou » et l'alinéa est complété par la phrase suivante : « L'état des prévisions de recettes et de dépenses fixé ou, le cas échéant, arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, est transmis au conseil de surveillance pour information. » ;

4° Au quatrième alinéa, les mots : « d'administration » sont remplacés par les mots : « de surveillance » et les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par le mot : « santé ».

IV. - L'article L. 6145-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6145-2.* - Si l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas fixé par le président du directoire à une date fixée par voie réglementaire, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.

« De même, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les comptes et l'affectation des résultats au vu du compte financier produit par le comptable lorsque le conseil de surveillance n'a pas adopté le compte financier et l'affectation des résultats mentionnés au 3° de l'article L. 6143-1 à une date fixée par voie réglementaire. »

V - L'article L. 6145-3 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « recette », sont insérés les mots : « qui devrait être » ;

2° Les mots : « le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé ».

VI. - L'article L. 6145-4 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

2° Les mots : « demande aux établissements de délibérer sur une modification de » sont remplacés par les mots : « demande aux présidents du directoire des établissements de modifier » ;

3° Les mots : « demande à l'établissement de délibérer sur une modification de » sont remplacés par les mots : « demande au président du directoire de l'établissement de modifier » ;

4° Les dispositions du III sont remplacées par les dispositions suivantes :

« *III.* - A défaut de décision du président du directoire sur la modification mentionnée au I ou II ci-dessus, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie l'état des prévisions de recettes et de dépenses. »

VII. - L'article L. 6145-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « du conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « du président du directoire » et le mot : « d'adopter » par les mots : « de prendre ».

VIII. - Le troisième alinéa de l'article L. 6145-7 est supprimé.

IX. - Dans l'article L. 6145-8, les mots : « d'administration » sont remplacés par les mots : « de surveillance » et dans l'article L. 6145-14, les mots : « conseil d'administration » sont remplacés par le mot : « directeur ».

X. - L'article L. 6143-3-2 du même code est abrogé.

XI. - L'article L. 6143-4 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-4.* - Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 et les actes du président du directoire mentionnés à l'article L. 6143-7 sont exécutoires dans les conditions fixées au présent article :

« 1° Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 1° et 2° 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 16° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé défère au tribunal administratif les décisions portant sur ces matières qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution.

« 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 voie réglementaire.

« 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 à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications et dans le cas où il l'arrête dans les conditions mentionnées aux articles L. 6145-1, L. 6145-2 et L. 6145-4. »

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° A 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 nommés, par dérogation à la règle énoncée à l'article 3 du titre I^{er} du statut général, sur les emplois de directeur des établissements mentionnés à l'article 2. » ;

2° L'article 4 est ainsi modifié :

a) Au sixième alinéa, après les mots : « les corps et emplois des personnels de direction » sont insérés les mots : « et des directeurs de soins » et il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le directeur général du centre national de gestion est l'autorité investie du pouvoir de nomination des agents nommés dans ces corps et emplois sous réserve des dispositions de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, au regard de la difficulté particulière de l'emploi, pour une mission spécifique limitée dans le temps, sur l'initiative du directeur général de l'agence régionale de santé, les fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être détachés sur un contrat de droit public, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

3° A l'article 50-1, après les mots : « les personnels de direction » sont insérés les mots : « et les directeurs des soins » ;

4° A l'article 50-1, les mots : « l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitaliers » sont remplacés par les mots : « le centre national de gestion mentionné à l'article 116 » ;

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

« Art. 65-2. - Par exception 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 est assurée :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements ;

« - par le président du directoire de l'établissement pour les directeurs adjoints ;

« - par le président du directoire de la communauté hospitalière de territoire pour les présidents de directoire des établissements de santé qui y sont associés. » ;

6° A l'article 89, les mots : « demeure à la charge de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « est assurée, à compter du 1^{er} janvier 2009, par le centre national de gestion mentionné à l'article 116 » ;

7° L'article 116 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de l'établissement » sont remplacés par les mots : « du centre national de gestion, établissement » et le mot : « également » est remplacé par les mots : « une contribution de tout établissement mentionné à l'article 2, versée dans des conditions définies par décret en conseil d'Etat, » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière » sont remplacés par les mots : « le centre national de gestion » ;

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

« Le centre national de gestion peut également assurer la rémunération de praticiens hospitaliers ou de personnels de direction nommés dans un établissement mentionné à l'article 2, placés dans une situation particulière qui ne relèvent pas de la recherche d'affectation, dans des conditions définies par décret. »

II. - 1° Aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 315-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « par l'autorité compétente de l'Etat » sont remplacés par les mots : « par le directeur général du 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. » ;

2° A l'article L. 315-9, les mots : « par l'autorité compétente de l'Etat après avis du conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « après avis du conseil d'administration, par le directeur général du 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, ou, s'il s'agit d'un établissement national par l'autorité compétente de l'Etat. »

Article 8

I. - L'article L. 6146-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 pôles d'activité sont nommés pour une durée de trois ans par le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. A 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, la nomination d'un chef de pôle est décidée après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche ou le 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° et 2° de l'article L. 6152-1.

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

« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs annuellement fixés au pôle par le président du directoire. 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. - Les articles L. 6146-3 à L. 6146-7, L. 6145-16, L. 6146-10 et L. 6152-4 du même code sont abrogés. Le second alinéa de l'article L. 6112-7 du même code est supprimé.

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

« *Art. L. 6146-2.*- Dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier, et dans les conditions fixées par voie réglementaire, le président du directoire d'un établissement public de santé peut admettre des professionnels médicaux 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 professionnels non 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 des professionnels de santé médicaux et non médicaux sont à la charge de l'établissement public de santé. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale et à toute autre disposition contraire du code du travail, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

« Les contrats conclus entre un établissement public de santé assurant une ou plusieurs des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 et les praticiens mentionnés au premier alinéa comportent des dispositions organisant leur participation médicale à ces missions et le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-1-1. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

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, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

V. - Après l'article L. 6117-2, il est inséré un article L. 6117-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6117-3.* - Les praticiens mentionnés aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6113-7 qui ne satisfont pas aux obligations mentionnées au troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6113-7 encourent les sanctions prévues par les statuts ou par les règles qui leur sont applicables.

« Lorsque ces praticiens appartiennent au personnel des établissements publics de santé, les établissements concernés procèdent en outre, à la retenue sur leur rémunération prévue à l'article 4 de la loi n° 61-825 du 25 juillet 1961 de finances rectificative pour 1961, même si ces praticiens continuent à remplir leurs autres missions. »

VI. - A l'article L. 6143-2-2 du même code, le mot : « services » est remplacé par le mot : « pôles » ;

VII. - A l'article L. 6146-11 du même code, les références : « L. 6146-2, L. 6146-3, L. 6146-5, » sont supprimées ;

Article 9

I. - Les dispositions de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6145-16.* - Les comptes des établissements publics de santé sont certifiés selon des modalités et un calendrier définis par décret. Ce décret précise les établissements concernés. »

II. - Les dispositions de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique issues de la présente loi s'appliquent pour la première fois au plus tard aux comptes de l'exercice s'achevant dans un délai maximal de cinq ans à compter de la publication de la présente loi.

Article 10

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

1° Le 1° est complété par la phrase suivante : « Ces praticiens peuvent être détachés sur un contrat de clinicien, médecin non clinicien, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier mentionné au 2° du présent article, dans des conditions fixées par voie réglementaire. » ;

2° Le 2° est complété par les dispositions suivantes : « Ces dispositions réglementaires prévoient notamment la possibilité pour les établissements publics de santé de recruter des praticiens contractuels cliniciens, médecins non cliniciens, biologistes, pharmaciens ou odontologistes hospitaliers dont la rémunération comprend des éléments variables en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. L'établissement peut mettre fin au contrat au terme de la première année en cas d'insuffisance de la réalisation des objectifs.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 précise le nombre maximum, la nature et les spécialités médicales des emplois qui peuvent être pourvus grâce à des contrats de cliniciens, médecins non cliniciens, biologistes, pharmaciens ou odontologistes.

« La gestion de ces praticiens contractuels cliniciens, médecins non cliniciens, biologistes, pharmaciens ou odontologistes est assurée par 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. » ;

3° Il est ajouté quatre alinéas ainsi rédigés :

« Sont applicables aux personnels mentionnés au 1°, 2° et 3° du présent article :

« a) Les dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires à l'exception du 4° ;

« b) Les dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article 46-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

« c) Les dispositions de l'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques. »

II. - Le dernier alinéa de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. »

III. - A 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 ».

IV. - L'article L. 952-23 du code de l'éducation est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 952-23.* - Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les modalités d'application de la présente section, notamment le statut et les conditions de rémunération du personnel médical et scientifique enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires. Le régime indemnitaire applicable à ces personnels est fixé par décret. »

V. - 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 remplacée par les dispositions suivantes : « Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité et attester d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. » ;

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

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

3° Il est ajouté 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 3° de l'article L. 6152-1 du présent code dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

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

1° Au deuxième alinéa, la première phrase est remplacée par les dispositions suivantes :

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité, et attester d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. » et la deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française. » ;

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

Article 11

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

II. - L'article L. 6148-6 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« *Art. L. 6148-6.* - Les dispositions de l'article L. 2141-2 du code général de la propriété des personnes publiques s'appliquent au domaine des établissements publics de santé. »

CHAPITRE III

FAVORISER LES COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE

Article 12

I - Au titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, le chapitre II est remplacé par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE II

« COMMUNAUTES HOSPITALIERES DE TERRITOIRE

« *Art. L. 6132-1.* - Une communauté hospitalière de territoire peut prendre la forme fédérative décrite aux articles L. 6132-2 à L. 6132-12, ou celle d'une communauté hospitalière de territoire intégrée décrite à l'article L. 6132-13.

« *Art. L. 6132-2.* - Une communauté hospitalière de territoire est un établissement public de santé auquel plusieurs établissements publics de santé adhérents délèguent des compétences, en vue de mettre en œuvre une stratégie commune et de mutualiser certaines fonctions et activités.

« Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les établissements adhérents et la communauté hospitalière de territoire sont régis par les dispositions relatives aux établissements publics de santé.

« Un établissement public de santé ne peut adhérer à plus d'une communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-3. - La communauté hospitalière de territoire est créée par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du représentant de l'Etat dans la région, à l'initiative des établissements publics de santé ou dans les conditions prévues aux articles L. 6131-1 à L. 6131-3.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé crée, en tant que de besoin, les établissements publics de santé qui y adhèrent.

« Art. L. 6132-4. - La convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire fixe la répartition des droits et obligations des établissements adhérents et de la communauté. Elle précise notamment :

« 1° La composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de la communauté hospitalière de territoire qui comprennent chacun des représentants des établissements adhérents ;

« 2° Les modalités de mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 6132-8 à L. 6132-11 ;

« 3° Les modalités de coopération et de mutualisation entre les établissements adhérents et la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion et de mutualisation des ressources humaines ;

« 4° Les modalités de coopération et de mutualisation en matière de gestion des systèmes d'information hospitaliers.

« La convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire est signée par les directeurs des établissements adhérents après avis de leurs conseils de surveillance, et approuvée par arrêté du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées.

« Art. L. 6132-5. - Par exception à l'article L. 6143-5, le conseil de surveillance de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des collectivités territoriales, des représentants du personnel et des personnalités qualifiées membres des conseils de surveillance des établissements adhérents. Le nombre de membres de chaque catégorie doit être égal au maximum au nombre indiqué à l'article L. 6143-5.

« Par exception à l'article L. 6143-6-1, le directoire de la communauté hospitalière de territoire est composé de membres des directoires des établissements adhérents.

« Par exception à l'article L. 6144-2, la commission médicale d'établissement de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements adhérents.

« Par exception à l'article L. 6144-4, le comité technique d'établissement de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants du personnel des établissements adhérents. Un comité technique d'établissement local se réunit dans les établissements adhérents.

« Art. L. 6132-6. - Après avis des conseils de surveillance des établissements adhérents et de la communauté hospitalière de territoire, le directeur de la communauté hospitalière de territoire peut décider des transferts de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipement matériel lourd entre les établissements adhérents à la communauté hospitalière de territoire, ou entre ces établissements et la communauté hospitalière de territoire, dans le respect du schéma régional de l'organisation des soins et des dispositions de l'article L. 6122-3.

« Lorsque de tels transferts de compétences ou d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd ont lieu, l'établissement titulaire de la compétence ou de l'autorisation cédée transfère, par décision du président du directoire prise après avis du directoire, les emplois afférents. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusque-là les activités considérées.

« Le directeur d'un établissement adhérent à la communauté peut, après avis du directoire, décider du transfert de la propriété de biens meubles et immeubles au profit d'autres établissements adhérents à la communauté ou au profit de la communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-7. - Nonobstant les dispositions des articles L. 6143-1 et L. 6143-2, les projets d'établissement des établissements adhérents sont compatibles avec le projet d'établissement de la communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-8. - Nonobstant les dispositions de l'article L. 6143-8, la communauté hospitalière de territoire et les établissements adhérents élaborent un projet médical commun. Il contient notamment un volet relatif aux complémentarités en matière d'organisation des activités de soins. Les projets médicaux des établissements adhérents déclinent, chacun pour ce qui le concerne, le projet médical de la communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-9. - Nonobstant les dispositions de l'article L. 6143-7, après avis du directoire de la communauté hospitalière de territoire, le président du directoire de la communauté hospitalière de territoire définit les orientations du programme d'investissement et de financement commun.

« Les programmes d'investissement et les plans globaux de financement pluriannuels mentionnés au 4° et au 5° de l'article L. 6143-7 des établissements adhérents sont compatibles avec les orientations mentionnées au premier alinéa.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de la communauté hospitalière de territoire contient des orientations relatives aux complémentarités d'offre de soin des établissements adhérents et à leurs évolutions. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements adhérents sont compatibles avec celui de la communauté hospitalière de territoire.

« Le président du directoire de la communauté hospitalière de territoire établit, dans des conditions et selon des modalités déterminées par voie réglementaire, les comptes consolidés de la communauté et de ses établissements adhérents et les transmet au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Les établissements adhérents à une communauté hospitalière de territoire acquittent des frais de siège auprès de la communauté hospitalière de territoire en contrepartie des missions assurées par celle-ci pour leur bénéfice. A défaut d'accord entre les établissements, le montant de ces frais est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« *Art. L. 6132-10.* - La communauté hospitalière de territoire peut constituer une seule commission de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge pour l'ensemble des établissements adhérents.

« *Art. L. 6132-11.* - La dissolution d'une communauté hospitalière de territoire est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du conseil de surveillance de la communauté hospitalière de territoire et du représentant de l'Etat dans la région, soit sur proposition du président du directoire 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 les conditions dans lesquelles les autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, les emplois permettant d'exercer lesdites activités et les agents les occupant, ainsi que les biens meubles et immeubles de leur domaine public et privé sont répartis entre les établissements adhérents à la communauté hospitalière de territoire.

« *Art. L. 6132-12.* - La convention constitutive d'une communauté hospitalière de territoire peut stipuler, à l'initiative des établissements adhérents à la communauté hospitalière de territoire ou dans les conditions mentionnées à l'article L. 6131-1 à L. 6131-3, que la communauté prend la forme d'une communauté hospitalière de territoire intégrée. La communauté hospitalière de territoire intégrée est dotée d'une direction unique.

« Dans ce cas, l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'agence régionale de santé entraîne fusion des établissements concernés.

« La représentation du personnel non médical est maintenue dans chaque établissement fusionné dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

« *Art. L. 6132-13.* - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 13

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

« CHAPITRE III

« GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE

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

« A cet effet, il peut :

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

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

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

« 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 comprend au moins deux membres, dont au moins un établissement de santé. Il est constitué par convention passée entre ses membres.

« 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, ainsi que des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective.

« D'autres organismes et professionnels de santé concourant aux soins 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. Lorsqu'il n'est pas constitué exclusivement de personnes morales de droit public, il peut se constituer en personne morale de droit privé.

« 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 I 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 est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement. Elle est composée des membres du groupement et élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en œuvre de ses décisions. Si les membres le prévoient dans la convention constitutive, un comité de direction restreint est chargé d'exercer tout ou partie des missions de l'assemblée générale.

« Par dérogation au premier alinéa, lorsque le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement public de santé, les instances de gouvernance du groupement de coopération sanitaire sont modifiées et les règles de fonctionnement des établissements publics de santé s'appliquent sous les réserves suivantes :

« 1° Le conseil de surveillance est composé en partie de représentants des collectivités territoriales, de représentants du personnel et de représentants désignées par les membres du groupement. Le nombre de membres représentants les collectivités territoriales et le personnel du groupement doit être égal au maximum aux nombres indiqués à l'article L. 6143-5 ;

« 2° Le président du directoire exerce, en sus des attributions mentionnées à l'article L. 6143-7, les fonctions d'administrateur du groupement ;

« 3° L'assemblée générale composée de l'ensemble des membres du groupement émet un avis sur la gestion et le fonctionnement du groupement de coopération sanitaire établissement public de santé.

« 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 conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 6114-1 et 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. - Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.

« Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes par les participations de ses membres.

« 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 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 médecins libéraux dans le cadre du groupement peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.

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

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

II. - 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'Etat, soit en communauté hospitalière de territoire soit en groupement de coopération sanitaire.

III. - L'article L. 6122-15 du code de la santé publique est abrogé.

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

« *CHAPITRE I^{ER}*

« *COORDINATION DE L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE*

« *PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE*

« *Art. L. 6131-1.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers, notamment en vue de :

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

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

« 3° Rationaliser l'offre de soins et diminuer 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.

« Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un groupement de coopération sanitaire, un groupement d'intérêt public, ou 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. 6131-3. - Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les mesures appropriées pour que des établissements publics de santé d'un ou plusieurs territoires de santé créent un groupement de coopération sanitaire, il fixe les compétences de ces établissements obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat.

« 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. 6131-4. - Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'Etat, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

V. - 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 peuvent être de plein droit mis à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités, sur décision des présidents de directoire des établissements concernés. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil. »

TITRE II
ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

Article 14

I. - Au titre I^{er} du livre IV du code de la santé publique, il est inséré après le chapitre I^{er} un chapitre I^{er}-1 ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{ER}-1
« ORGANISATION DES SOINS

« Art. L. 1411-11. - L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades et des usagers, sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-8 et dans les conditions définies au III de l'article L 1434-6, dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité, après avis du représentant de l'Etat.

« Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et des affections courantes ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;

« 3° En tant que de besoin, 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, habilités à raison de leurs compétences à exercer tout ou partie de ces activités, concourent à l'offre de soins de premier recours par l'exercice de ces compétences, le cas échéant dans le cadre de coopérations organisées et en collaboration avec les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux et les réseaux de santé.

« Art. L. 1411-12. - Pour répondre à des besoins spécialisés complémentaires de ceux couverts par l'offre de premier recours, l'accès à l'offre de second recours est organisé dans les conditions précisées à l'article L. 1434-6, après avis du représentant de l'Etat. »

II. - Il est inséré au début du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

«CHAPITRE PRELIMINAIRE
« *MEDECIN GENERALISTE 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 sur un territoire, en assurant, y compris dans les établissements de santé et médico-sociaux, la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes et l'éducation pour la santé pour ses patients ;

« 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 intervenants participant à la prise en charge du patient ;

« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et la tenir à leur disposition ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage sur le territoire ;

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

Article 15

I. - L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi modifié:

1° Au premier alinéa, après le mot : « supérieur » sont insérés les mots : « dans les conditions définies par décret » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé ;

II. - L'article L. 632-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 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.

« Pour l'accomplissement du troisième cycle des études médicales, un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes offerts chaque année par disciplines ou spécialités et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.

« Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les modalités des épreuves, 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.

« Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent ce choix au sein d'une liste fixée par arrêté interministériel. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'attribution des postes d'internes aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées. »

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. - Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 632-5 du même code sont supprimés.

Article 16

I. - L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6314-1.* - Les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, en collaboration avec les établissements de santé, à la mission de service public de permanence des soins, selon des modalités définies par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent, dans des conditions et selon des modalités définies à l'article L. 1435-6.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. Les modalités d'application de cette mesure sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« 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 unique associant des plateformes d'appel téléphoniques interconnectées avec ce numéro dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les médecins libéraux assurant la régulation des appels de permanence des soins, conformément aux conditions et modalités d'organisation définies par ce décret, bénéficient, par extension des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1142-2, de la couverture en matière de responsabilité civile ou administrative offerte aux salariés de l'établissement siège de service d'aide médicale urgente auquel ils sont rattachés. »

II. - Le 2° de l'article L. 4163-7 du même code est abrogé.

III. - Le chapitre III du titre VI du livre I^{er} de la quatrième partie du même code est complété par un article L. 4163-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4163-11.* - Est puni de 7500 € d'amende le fait pour un médecin de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique. »

IV. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

V. - Les dispositions du I, à l'exception de son dernier alinéa, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Article 17

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

« *LIVRE PRELIMINAIRE*
« *COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE*

« *TITRE UNIQUE*

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 4011-1.* - Par dérogation aux articles L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4311-1, L. 4321-1, 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 qui s'engagent dans une démarche de coopération visant à réorganiser les modes d'intervention pour la prise en charge d'un patient n'interviennent que dans les limites de leurs connaissances, expériences et compétences.

« Leur intervention s'inscrit obligatoirement dans le cadre des protocoles élaborés par la Haute Autorité de santé dans ce domaine et approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé peuvent également soumettre à la Haute Autorité de santé des protocoles de coopération répondant à un besoin de santé constaté au niveau régional et attesté par l'Agence régionale de santé. Sont applicables les protocoles validés par la Haute Autorité de santé et approuvés par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé.

« Les protocoles précisent le cadre de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies concernées et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Les professionnels qui s'engagent à appliquer ces protocoles doivent faire une déclaration auprès de l'agence régionale de santé du lieu d'exercice.

« Art. L. 4011-3. - Les modalités d'application du présent chapitre, précisant notamment les domaines ou pathologies pour lesquels des protocoles de coopération doivent être appliqués de façon prioritaire et les conditions dans lesquelles ces protocoles sont rendus opposables, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de 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 18

I. - L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de sa situation financière ou sociale, 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.

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

« 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. »

II. - Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-14, les mots : « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » et les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure » sont supprimés ;

2° Il est inséré après l'article L. 162-1-14 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 contribuant à restreindre l'accès aux soins de la population :

« 1° En pratiquant 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° En exposant les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° En exposant les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ou au I de l'article L. 162-5-13 ;

« 4° En ayant 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, 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 aux cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article font l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

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

3° La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

Article 19

I. - Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 4133-1.* - La formation médicale continue, qui comporte un volet relatif à l'évaluation des pratiques, constitue une obligation pour les médecins. Elle a pour objectifs, outre 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 maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

« *Art. L. 4133-2.* - Le Conseil national de la formation médicale continue a pour mission :

« 1° De proposer au ministre chargé de la santé les orientations nationales de la formation médicale continue ;

« 2° De proposer au ministre chargé de la santé les critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions de formations ;

« 3° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue ;

« 4° De veiller au respect par les médecins de leur obligation de formation continue ;

« 5° De dresser, dans un rapport annuel rendu public, le bilan de la formation médicale continue ;

« 6° De proposer au ministre chargé de la santé les modalités de mise en œuvre d'un système d'information permettant notamment aux médecins de connaître l'offre de formation disponible répondant aux critères de qualités prévus au 2°.

« *Art. L. 4133-3.* - Le Conseil national de la formation médicale continue comprend notamment des représentants de l'ordre national des médecins, de la Haute Autorité de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des enseignants des unités de formation et de recherche médicale, du Service de santé des armées, des syndicats représentatifs des médecins, des organismes de formation, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers du système de santé ainsi que des représentants du ministère chargé de la santé.

« Une convention passée entre l'Etat et le Conseil national de l'ordre des médecins fixe les modalités selon lesquelles le fonctionnement administratif et financier du conseil national est assuré.

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

« *Art. L. 4133-5.* - Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition du conseil national, ses modalités de fonctionnement ainsi que les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation continue et de définition des critères de qualité des programmes et actions de formation. »

II. - L'article L. 4134-5 du même code est abrogé.

III. - 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.* - La gestion de l'ensemble des sommes affectées à la formation professionnelle, y compris celles prévues par le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1, est assurée, pour chaque profession, par un organisme gestionnaire de la formation continue. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.

« Il assure la gestion financière des actions agréées et est notamment chargé de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de formation continue.

« Dans des conditions fixées par décret, les organismes gestionnaires de la formation continue de plusieurs professions peuvent se regrouper.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les statuts de l'organisme gestionnaire de la formation continue, la composition de son conseil de gestion et les règles d'affectation des ressources, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

IV. - Au 14° de l'article L. 162-5, au 9° de l'article L. 162-9, au 3° de l'article L. 162-16-1 et au 2° des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, l'alinéa unique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie à la formation professionnelle continue. »

V. - L'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.

VI. - L'article L. 4143-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes:

« *Art. L. 4143-1.* - La formation continue odontologique constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes. Elle a pour objectif le perfectionnement des connaissances, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses.

« Art. L. 4143-2. - Le Conseil national de la formation continue odontologique a pour mission :

« 1° De proposer au ministre chargé de la santé les orientations nationales de la formation continue odontologique ;

« 2° De proposer au ministre chargé de la santé des critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions de formations ;

« 3° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation continue odontologique ;

« 4° De veiller au respect par les chirurgiens dentistes de leur obligation de formation continue ;

« 5° De dresser, dans un rapport annuel rendu public, le bilan de la formation continue odontologique ;

« 6° De proposer au ministre chargé de la santé les modalités de mise en œuvre d'un système d'information permettant notamment aux chirurgiens dentistes de connaître l'offre de formation disponible répondant aux critères de qualités prévus au 2°. »

« Art. L. 4143-3. - Le Conseil national de la formation continue odontologique comprend notamment des représentants de l'ordre national des chirurgiens-dentistes, de la Haute Autorité de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des enseignants des unités de formation et de recherche d'odontologie et des services d'odontologie des centres hospitaliers et universitaires, du Service de Santé des Armées, des syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes, des organismes de formation, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers du système de santé ainsi que des représentants du ministère chargé de la santé.

« Une convention passée entre l'Etat et le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes fixe les modalités selon lesquelles le fonctionnement administratif et financier du conseil national est assuré.

« Art. L. 4143-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux professionnels salariés d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code.

« Art. L. 4143-5. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition du conseil national, ses modalités de fonctionnement ainsi que les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation continue et de définition des critères de qualité des programmes et actions de formation. »

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

« *Art. L. 4236-1.* - La formation pharmaceutique continue 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. Elle a pour objectif le perfectionnement des connaissances, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'amélioration de la qualité et sécurité des ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique.

« *Art. L. 4236-2.* - Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue a pour mission :

« 1° De proposer au ministre chargé de la santé les orientations nationales de la formation pharmaceutique continue ;

« 2° De proposer au ministre chargé de la santé les critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions de formation ;

« 3° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation pharmaceutique continue ;

« 4° De veiller au respect par les pharmaciens de leur obligation, de formation pharmaceutique continue ;

« 5° De dresser, dans un rapport annuel rendu public, le bilan de la formation pharmaceutique continue ;

« 6° De proposer au ministre chargé de la santé les modalités de mise en œuvre d'un système d'information permettant notamment aux pharmaciens de connaître l'offre de formation disponible répondant aux critères de qualités prévus au 2°.

« *Art. L. 4236-3.* - Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue comprend notamment des représentants de l'ordre national des pharmaciens, de la Haute Autorité de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des enseignants des unités de formation et de recherche en pharmacie, du service de santé des armées, des syndicats représentatifs des employeurs et des salariés, des organismes de formation, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers du système de santé ainsi que des représentants du ministère chargé de la santé.

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

« *Art. L. 4236-5.* - Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition du conseil national, ses modalités de fonctionnement ainsi que les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation continue et de définition des critères de qualité des programmes et actions de formation. »

VIII. - Après l'article L. 4153-1 du même code, il est inséré quatre articles ainsi rédigés :

« Art. L. 4153-2. - Le Conseil national de la formation continue en maïeutique a pour mission :

« 1° De proposer au ministre chargé de la santé les orientations nationales de la formation continue en maïeutique ;

« 2° De proposer au ministre chargé de la santé les critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions de formations ;

« 3° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation continue en maïeutique ;

« 4° De veiller au respect par les sages femmes de leur obligation de formation continue ;

« 5° De dresser, dans un rapport annuel rendu public, le bilan de la formation continue en maïeutique ;

« 6° De proposer au ministre chargé de la santé les modalités de mise en œuvre d'un système d'information permettant notamment aux sages femmes de connaître l'offre de formation disponible répondant aux critères de qualités prévus au 2°.

« Art. L. 4153-3. - Le Conseil national de la formation continue en maïeutique comprend notamment des représentants de l'ordre national des sages-femmes, de la Haute Autorité de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des enseignants des écoles de sages-femmes, des syndicats représentatifs des sages-femmes, des organismes de formation, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers du système de santé ainsi que des représentants du ministère chargé de la santé.

« Une convention passée entre l'Etat et le conseil national de l'ordre des sages-femmes fixe les modalités selon lesquelles le fonctionnement administratif et financier du conseil national est assuré.

« Art. L. 4153-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux professionnels salariés d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code.

« Art. L. 4153-5. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition du conseil national, ses modalités de fonctionnement ainsi que les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation continue et de définition des critères de qualité des programmes et actions de formation. »

IX. - A l'article L. 6155-1 du même code, les mots : « dans les conditions fixées au premier et troisième alinéa de l'article L. 4133-1 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions fixées aux articles L. 4133-4, L. 4143-4 et L. 4236-4 du code de la santé publique ».

X. - Aux articles L. 6155-1 et L. 6155-4 du même code, le mot : « biologiste » est supprimé.

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 code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 4242-1.* - La formation continue a pour but d'assurer le perfectionnement des connaissances et le développement des compétences en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et l'amélioration de la qualité des soins.

« La formation continue est un droit et une obligation pour tous les préparateurs en pharmacie. Elle se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »

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

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

« La formation continue est un droit et une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Elle se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »

Article 20

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, toutes mesures 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 ;

3° Compléter les missions du biologiste et du laboratoire de biologie médicale 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° Assouplir les règles relatives à la détention du capital, tout en évitant les conflits d'intérêts et en garantissant le rôle central du biologiste dans les instances dirigeantes du laboratoire de biologie médicale ;

6° Adapter les prérogatives des agents chargés de l'inspection ainsi que le régime des sanctions administratives et pénales.

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 six mois à compter de la publication de la présente loi, les mesures nécessaires pour :

1° Modifier les articles 4, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 de l'ordonnance n° 2008-507 du 30 mai 2008 portant transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles afin de compléter le dispositif de reconnaissance des diplômes obtenus dans un Etat tiers ;

2° Modifier l'article L. 632-12 du code de l'éducation pour compléter le dispositif de reconnaissance des qualifications des cycles d'études médicales.

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 six mois à compter de la publication de la présente loi, les dispositions législatives nécessaires à la transposition de la directive 2007/47/CE du Parlement et du Conseil du 5 septembre 2007 modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition.

III. - Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

TITRE III
PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Article 22

I. - Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique devient le chapitre VI, les articles L. 1115-1 et L. 1115-2 deviennent les articles L. 1116-1 et L. 1116-2 et, à l'article L. 1116-2, la référence à l'article L. 1115-1 est remplacée par la référence à l'article L.1116-1.

II. - Il est rétabli au même titre, après le chapitre IV, un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*
« *COMPETENCES D'EDUCATEUR DE SANTE*

« *Art. L. 1115-1.* - Les conditions d'exercice des compétences d'éducateur de santé dans les domaines respectifs de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, notamment les conditions de formation et d'expérience nécessaires. »

III. - La troisième partie du même code est complétée par un livre IX ainsi rédigé :

« *LIVRE IX*
« *EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT*

« *TITRE UNIQUE*

« *CHAPITRE UNIQUE*

« *Art. L. 3911-1.* - L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son parcours de soins.

« *Art. L. 3911-2.* - Les pathologies donnant lieu à des programmes d'éducation thérapeutique du patient sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration sont définies par décret.

« *Art. L. 3911-3.* - L'agence régionale de santé vérifie que les programmes d'éducation thérapeutique du patient répondent aux conditions du cahier des charges national mentionné à l'article L. 3911-2 en vue d'une convention conclue avec les promoteurs pour une durée de quatre ans. Cette convention définit le cas échéant le délai et les modalités de la mise en conformité du programme d'éducation thérapeutique du patient au cahier des charges national.

« L'agence régionale de santé est également chargée de l'évaluation de ces programmes, préalablement au renouvellement des conventions.

« L'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique au niveau national figure dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique prévu à l'article L. 1411-2.

« *Art. L. 3911-4.* - L'agence régionale de santé s'assure du maillage territorial de l'offre en éducation thérapeutique du patient tant en ville qu'à l'hôpital et finance les programmes d'éducation thérapeutique dans le cadre de la convention mentionnée à l'article L. 3911-3, au regard de la couverture géographique et des populations ciblées.

« *Art. L. 3911-5.* - 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 répondent à un cahier des charges dont les modalités d'élaboration et d'évaluation sont définies par décret. »

IV. - Le même code est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 1525-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Les dispositions du chapitre VI du titre I^{er}. » ;

2° Au titre II du livre VIII de la troisième partie, il est ajouté un chapitre VII ainsi rédigé :

« *CHAPITRE VII*
« *EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT*

« *Art. L. 3827-1.* - Les articles L. 3911-1 à L. 3911-5, à l'exception de la dernière phrase de l'article L. 3911-3, sont applicables dans les îles Wallis et Futuna. »

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 remplacé par les dispositions suivantes :

« *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. Le commerçant peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité. » ;

2° L'article L. 3342-2 est abrogé ;

3° Il est inséré après l'article L. 3342-3 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 remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 de détenir une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter 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. - Les dispositions du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.

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 :

« Il est interdit de vendre au forfait, ou d'offrir gratuitement à volonté, soit au verre soit en bouteilles, des boissons alcooliques. » ;

2° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Il est interdit de vendre des boissons alcooliques dans les points de vente de carburant. Toutefois, le représentant de l'Etat dans le département peut autoriser la vente de boissons alcooliques entre huit heures et dix-huit heures dans les points de vente de carburant des communes appartenant aux zones de revitalisation rurale et dans ceux qui exercent à titre principal la fonction de commerce d'alimentation générale, dès lors qu'il n'existe aucun autre commerce d'alimentation générale sur le territoire de la commune sur lequel il est implanté. Ces dérogations ne s'appliquent pas à la vente de boissons alcooliques réfrigérées. »

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° Il est inséré après l'article L. 3351-6 deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L.3351-6-1.* - Le fait de vendre des boissons alcooliques dans un point de vente de carburant sans être titulaire d'une autorisation délivrée par le représentant de l'Etat dans le département est puni de 7 500 € d'amende. La récidive est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« 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.* - La vente au forfait et l'offre à titre gratuit à volonté 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 de détenir une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter.

« 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° A 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 livre V de la même partie est ainsi modifié :

1° A l'entrée en vigueur de la disposition réglementaire correspondante, l'article L. 3512-1-1 est abrogé ;

2 ° L'article L. 3512-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 3512-4.* - Les agents mentionnés à l'article L. 1312-1 du présent code, aux articles L. 8112-1, L. 8112-3 et L. 8112-5 du code du travail et au III de l'article L. 231-2 du code rural veillent au respect des dispositions de l'article L. 3511-7 et des règlements pris pour son application, et procèdent à la recherche et à la constatation des infractions à ces dispositions.

« 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° Il est ajouté au même alinéa la phrase suivante : « A 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'Etat dans le département » sont remplacés par les mots : « représentant de l'Etat dans la collectivité. »

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

Article 25

I. - L'article L. 3511-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont interdites la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients de saveur sucrée dépasse des seuils fixés par décret. »

II. - Les dispositions du présent article sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.

TITRE IV ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

CHAPITRE I^{ER} CREATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

Article 26

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :

« TITRE III « AGENCES REGIONALES DE SANTE

« CHAPITRE I^{ER} « MISSIONS ET COMPETENCES DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

« Art. L. 1431-1. - Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission, dans le cadre des dispositions des articles L. 1411-1 du présent code, L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, et sans préjudice des compétences des collectivités territoriales, de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé.

« Art. L. 1431-2. - L'agence régionale de santé est compétente, dans les conditions définies par le présent titre, en matière de :

« 1° Politique de santé publique, au sens de l'article L. 1411-1 ;

« 2° Soins ambulatoires et hospitaliers ;

« 3° Prises en charge et accompagnements dans les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux articles L. 314-3-1 et L. 314-3-3 et au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 4° Professions de santé.

« Art. L. 1431-3. - L'agence est chargée :

« 1° D'organiser la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires. Dans le respect des attributions du représentant de l'Etat dans le département, elle organise la gestion de la réponse aux alertes sanitaires et contribue à la gestion de situations de crise sanitaire ;

« 2° De définir, financer et évaluer 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 ;

« 3° 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. A ce titre :

« a) Elle contribue à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« b) Elle autorise la création des établissements et services de santé et médico-sociaux de son ressort, contrôle leur fonctionnement et leur alloue les ressources qui relèvent de sa compétence ;

« c) Elle veille à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, des produits de santé et des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, procède à des contrôles à cette fin, et contribue, avec les services de l'Etat compétents, à la prévention et à la lutte contre la maltraitance dans les établissements et les services de santé et médico-sociaux ;

« 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.

« Art. L. 1431-4. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat. Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

« CHAPITRE II

« ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

« Section I

« Gouvernance des agences

« Art. L. 1432-1. - L'agence régionale de santé est une personne morale de droit public de l'Etat, dotée de l'autonomie administrative et financière. Elle est dirigée par un directeur général et comporte un conseil de surveillance.

« Elle s'appuie sur :

« 1° Une conférence régionale de santé, chargée de participer par ses avis à la définition des politiques de santé régionales ;

« 2° Deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents, pour assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions, respectivement dans le secteur de la prévention et dans celui des prises en charge et accompagnement médico-sociaux. Les modalités de constitution et de fonctionnement de ces deux commissions sont fixées par décret.

« Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, dans les conditions prévues au présent titre.

« Elle met en place des délégations territoriales départementales.

*« Sous-Section 1
« Directeur général*

« *Art. L. 1432-2.* - Le directeur général de l'agence est nommé par décret en conseil des ministres, sur proposition des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« II. - Il dirige les services de l'agence. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Il rend compte au conseil de surveillance, après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence.

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

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

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'Etat, les conventions mentionnées aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et habilite les organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse les subventions correspondantes aux organismes et collectivités concernés, à l'exception des départements qui conservent la dotation générale de décentralisation en application de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

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

« 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.* - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Il est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie de son ressort et dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers. Les représentants des collectivités territoriales, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers sont élus selon des modalités définies par décret.

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

« Il émet annuellement un avis sur les résultats de l'action menée par l'agence.

« *Sous-Section 3*
« *Conférence régionale de santé*

« *Art. L. 1432-4.* - La conférence régionale de santé est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Elle se réunit en formation plénière et en commissions spécialisées.

« *Art. L. 1432-5.* - La conférence régionale de santé 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. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional 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. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport transmis chaque année à l'agence régionale de santé et à la conférence nationale de santé.

« Elle organise, au moins une fois tous les deux ans, un débat public sur les questions de santé de son choix.

« *Art. L. 1432-6.* - Un décret détermine les modalités d'application de la présente sous-section, et notamment le nombre et la composition des commissions spécialisées, leurs compétences, leurs modalités de désignation et de fonctionnement.

« *Section 2*
« *Régime financier des agences*

« *Art. L. 1432-7.* - Le budget de l'agence régionale de santé doit être voté 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. 1432-8. - Les ressources de l'agence affectées au budget mentionné au premier alinéa de l'article L. 1432-10 sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'Etat pour charges de service public ;

« 2° Des contributions des régimes d'assurance-maladie selon des modalités définies par la loi de financement de la sécurité sociale ;

« 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 locales ou d'autres établissements publics.

« Art. L. 1432-9. - L'agence est dotée d'un comptable public.

« Section 3

« **Personnel des agences**

« Art. L. 1432-10. - Le personnel de l'agence comprend :

« 1° Des fonctionnaires et agents publics titulaires ;

« 2° Des agents recrutés en qualité d'agents non titulaires de droit public ;

« 3° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence.

« Art. L. 1432-11. - Par dérogation à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires à la fonction publique de l'Etat et à l'article L. 2321-1 du code du travail, il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence. Il est chargé de connaître des questions relatives aux conditions de travail, d'emploi et de vie des personnels dans l'agence.

« Par dérogation à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires à la fonction publique de l'Etat et à l'article L. 4111-1 du code du travail, il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

« Art. L. 1432-12. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la présente section.

« *CHAPITRE III*
« *COORDINATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE*

« *Art. L. 1433-1.* - Un comité de coordination des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat 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.

« *Art. L. 1433-2.* - Le comité est chargé de coordonner l'action des agences régionales de santé. Il prend connaissance de leur évaluation.

« *Art. L. 1433-3.* - Les ministres 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.

« *Art. L. 1433-4.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

« *CHAPITRE IV*
« *LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE*

« *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 de la politique nationale 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 régionaux de santé ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre ;

« 3° Le cas échéant, de programmes déclinant les modalités d'application.

« *Art. L. 1434-3.* - Le projet régional de santé fait l'objet d'une concertation préalable avec les différents acteurs concernés par sa mise en œuvre et d'un avis du représentant de l'Etat dans la région.

« *Art. L. 1434-4.* - Un décret 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 et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux dispositions des articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« *Sous-Section 2*
« *Schéma régional d'organisation des soins*

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

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

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

« Le schéma régional de l'organisation des soins fixe, 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, regroupements et coopérations d'établissements de santé ;

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.

« Les conditions d'élaboration du schéma et les modalités de quantification des objectifs mentionnés au présent article sont fixées par décret.

« Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 1° à 3° du grand II doivent être conformes aux objectifs fixés par le schéma régional de l'organisation des soins.

« Le schéma de l'organisation des soins indique les implantations nécessaires à l'exercice des soins de premier et de second recours, 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.

« Art. L. 1434-7. - Plusieurs agences régionales de santé peuvent arrêter, pour une activité ou un équipement relevant de leur compétence, un schéma interrégional de l'organisation des soins.

« Art. L. 1434-8. - Pour l'accès aux soins de premier et de second recours, le schéma régional de l'organisation des soins identifie les territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-14, en fonction de l'évaluation des besoins de soins et de l'offre de soins existante. 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.

« *Sous-Section 3*

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

« Art. L. 1434-9. - 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 visés au 3° de l'article L. 1431-2, afin 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 élaborés par les conseils généraux prévus au 3° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

« Ce schéma et le programme qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés au terme d'une procédure concertée avec les collectivités locales concernées, conformément aux dispositions des articles L. 1432-1, et L. 1434-3 du présent code et aux dispositions des articles L. 312-5 et L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

« *Section 2*

« *Gestion du risque au niveau régional*

« Art. L. 1434-10. - L'agence régionale de santé établit, avec les organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé, réactualisé chaque année. Ce programme est annexé au projet régional de santé.

« Il reprend les actions devant être mises en œuvre par les organismes et services locaux d'assurance maladie et définies par leur organisme national.

« Il 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.

« 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.

« Art. L. 1434-11. - 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. 1434-12. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application de la présente section.

« Section 3

« **Territoires de santé et conférences de territoire**

« Art. L. 1434-13. - 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'Etat dans la région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents de conseils généraux de la région.

« Art. L. 1434-14. - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé peut constituer une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

« 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, 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 REGIONALE DE SANTE**

« Section 1

« **Veille, sécurité et polices sanitaires**

« Art. L. 1435-1. - Le directeur général de l'agence informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département 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 publique, le représentant de l'Etat 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'Etat dans le département 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'Etat territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

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

« *Art. L. 1435-2.* - L'agence participe, sous la responsabilité scientifique de l'Institut de veille sanitaire, à la veille épidémiologique, selon des modalités définies par décret.

« *Section 2*

« *Contractualisation avec les offreurs de services en santé*

« *Art. L. 1435-3.* - L'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les groupements de coopération sanitaire exerçant des activités de soins soumises à autorisation et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée au L. 6122-1, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans les conditions définies aux articles L. 6323-1 et suivants.

« Elle peut conclure avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans des conditions définies par décret. Le versement de subventions au bénéfice des réseaux de santé, centres de santé et maisons de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre ces structures et l'agence régionale de santé.

« Elle peut conclure avec les établissements et services médico-sociaux des contrats pluriannuels dans les conditions définies à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

« Elle 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 ou établissements concernés et la contrepartie financière qui leur est associée, qui peut être liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre de santé, la maison de santé ou l'établissement. Le contrat d'amélioration des pratiques en santé est conforme au contrat-type national, lorsqu'il existe, élaboré par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

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

« *Art. L. 1435-5.* - L'agence régionale de santé organise la mission de service public de permanence des soins visée par l'article L. 6314-1, selon des modalités définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.

« Elle détermine les rémunérations des professionnels de santé participant à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret.

« *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 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.

« *Art. L. 1435-7.* - Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de santé, à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales 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 et de leurs facturations.

« *Section 4*

« ***Inspections et contrôles***

« *Art. L. 1435-9.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence remplissant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par voie réglementaire, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir des missions telles que celles confiées aux agents mentionnés à l'article L. 1421-1. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent à cet effet des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3.

« Le directeur général de l'agence sur le rapport des agents mentionnés au présent article, ou à défaut ces agents, sont tenus de signaler au représentant de l'Etat 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'Etat dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection. »

CHAPITRE II REPRESENTATION DES PROFESSIONS DE SANTE LIBERALES

Article 27

I. - Après le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un titre IV ainsi rédigé :

« TITRE IV « REPRESENTATION DES PROFESSIONS DE SANTE LIBERALES

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 1441-1. - Dans chaque région, des unions régionales des professionnels de santé rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions professionnelles sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

« Les unions professionnelles et les fédérations sont des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association. Leur statut est conforme à un statut type fixé par décret en Conseil d'Etat.

« Les modalités de fonctionnement des unions professionnelles et des fédérations sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 1441-2. - Les membres des unions sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé exerçant à titre libéral en activité 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 ou des organismes gestionnaires de centres de santé.

« Le collège d'électeurs de chaque union professionnelle est constitué par les membres de la profession concernées exerçant dans les régions. Les élections sont organisées, à la même date pour toutes les unions professionnelles, selon un calendrier fixé par décret.

« 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 professionnelles soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Les modalités d'organisation et de financement des élections des membres des unions professionnelles sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 1441-3.* - Les unions professionnelles et les fédérations représentent les professionnels de santé libéraux dans la région, notamment auprès des agences régionales de santé. Elles participent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre.

« Les unions professionnelles peuvent conclure des conventions 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^{er} du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1441-4.* - Les unions professionnelles perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 1441-1. 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. 1441-1, après consultation, chacun pour ce qui le concerne, des organisations syndicales et des organismes gestionnaires des centres de santé, 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 professionnelles et les fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers divers.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Les articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique sont abrogés.

III. - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-33.* - Sont habilités à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'Etat 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.

IV. - Il est inséré après l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale un article L. 162-14-1-2 ainsi rédigé :

« *Art L. 162-14-1-2.* - La validité des conventions et accords mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 1441-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 1441-2 du code de la santé publique, ne seraient pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33. »

V. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord mentionnés au premier alinéa par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 1441-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre. Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 1441-2 du code de la santé publique, ne seraient pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires.

CHAPITRE III ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-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° La section 2 du chapitre II du titre I^{er} du livre III est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 2
« *Procédure d'autorisation*

« *Art. L. 312-2.* - Les projets de création des 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, que ces projets soient ou non à caractère expérimental, font l'objet d'une autorisation délivrée par les autorités compétentes en application de l'article L. 313-3.

« *Art. L. 312-3.* - Lorsque le fonctionnement est assuré partiellement ou intégralement par des financements publics, une commission de sélection consultative d'appel à projet social ou médico-social examine les projets de création 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. Dans tous les cas, et que l'autorisation soit conjointe ou non, les projets de création doivent répondre aux conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 314-4.

« Cette commission est réunie à l'initiative de l'autorité qui délivre l'autorisation. Dans le cas où les besoins à satisfaire qui nécessitent la réunion de la commission relèvent d'une autorisation conjointe, un avis favorable à la réunion de la commission est préalablement rendu par l'autre autorité dans un délai fixé par décret. En l'absence de réponse dans ce délai, l'avis est réputé favorable. Cette commission est alors coprésidée et sa composition est déterminée conjointement.

« Cette commission est placée auprès de chacune des autorités qui délivrent l'autorisation en application de l'article L. 313-3. Cette autorité la préside et engage la procédure d'appel permettant le dépôt des projets.

« Cette commission comprend à parité les autorités publiques et organismes financeurs d'une part, et les représentants du secteur public et des organisations privées à but non lucratif ou lucratif d'autre part. Le président a voix prépondérante.

« La commission est composée, fonctionne et rend ses avis selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 312-3-1.* - Les projets de transformation des prises en charge portant sur les catégories de personnes accueillies au sens de l'article L. 312-1 doivent faire l'objet d'une autorisation dans les conditions et modalités définies au présent chapitre.

« Les projets d'extension inférieure à un seuil défini par décret font l'objet d'un arrêté d'autorisation sans l'avis préalable de la commission mentionnée à l'article L. 312-3.

« Pour ce qui concerne les compétences conjointes, l'avis favorable de l'autre autorité est préalablement requis dans le délai prévu par décret pour la réunion de la commission d'appel à projets. En l'absence de réponse dans ce délai, l'avis est réputé favorable.

« Art. L. 312-3-2. - Les projets d'extension supérieure au seuil mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 312-3-1 font l'objet d'une autorisation après avis de la commission mentionnée à l'article L. 312-3 dans les conditions définies au présent chapitre lorsque des financements publics sont sollicités.

« Lorsque le projet de création initial n'a pas fait l'objet de la procédure d'appel à projet, il en est fait application si des financements publics sont sollicités pour cette extension.

« Dans tous les cas et quel que soit le régime de l'autorisation, les projets de transformation et d'extension doivent répondre aux conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 313-4.

« Art. L. 312-3-3. - En cas d'autorisation conjointe, l'avis favorable des deux autorités se porte sur un seul et même projet par ordre de classement jusqu'à accord.

« Après examen et classement des projets par la commission, l'autorité ou les autorités qui délivrent l'autorisation conjointement motivent leur choix lorsqu'elles ne retiennent pas le classement de la commission.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités de dépôt des projets, de publication des avis, de fonctionnement de la commission, la procédure d'ouverture des plis, ainsi que les cas de rejet pour motifs administratifs et les conditions et modalités de classement des projets.

« Section 2-1
« **Organismes consultatifs**

« Art. L. 312-3-4. - La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionnée à l'article L. 6121-9 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 ainsi que, selon le cas, aux ministres et aux autorités locales concernées. » ;

3° L'article L. 312-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 312-5. - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont élaborés :

« 1° Au niveau national lorsqu'ils concernent des 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 ;

« 2° Au niveau régional, par l'agence régionale de santé, lorsqu'ils portent sur des établissements et services médico-sociaux visés aux articles L. 314-3-1, L. 314-3-3 et au *a* du 5° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Le directeur élabore et arrête le schéma régional d'organisation médico-sociale conformément aux dispositions des articles L. 1434-1, L. 1434-2 et L. 1434-9 du code de la santé publique, après avis des présidents des conseils généraux compétents ;

« 3° Au niveau départemental, par le conseil général, lorsqu'ils portent sur les établissements et services mentionnés aux 1° du I de l'article L. 312-1 autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux.

« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général après concertation avec le directeur général de l'agence régionale de santé conformément aux dispositions des articles L. 1434-1, L. 1434-2 et L. 1434-9 du code de la santé publique, ainsi qu'avec le représentant de l'Etat dans le département. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité.

« Les schémas élaborés au niveau national sont arrêtés par les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'ils entrent dans son champ de compétences et après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

« Le représentant de l'Etat dans la région arrête les schémas régionaux relatifs :

« *a*) Aux établissements et services mentionnés au 8° de l'article L. 312-1 ;

« *b*) Au centre d'accueil pour demandeurs d'asile mentionné au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

« *c*) Aux services mentionnés aux 14° et 15° de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le schéma relatif aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1. » ;

4° L'article L. 312-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 312-5-1.* - Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6° et 7° ainsi que pour ceux mentionnés aux 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de la santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional visé au 2° 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.

« Ces priorités sont établies et actualisées sur la base des objectifs du plan stratégique régional ou interrégional de santé et des schémas nationaux et départementaux mentionnés à l'article L. 312-5. Elles veillent en outre à garantir :

« a) La prise en compte des orientations fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements visés à l'article L. 314-3-3 ;

« b) Un niveau d'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de perte d'autonomie ;

« c) L'accompagnement des handicaps de faible prévalence, au regard notamment des dispositions des schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale ;

« d) L'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional pour tenir compte notamment des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique et également de la densité en infirmiers dans les zones mentionnées à l'article L. 1434-8 du code de la santé publique. » ;

5° L'article L. 313-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 313-3. - L'autorisation est délivrée :

« a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés au 1° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés aux 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III du même article 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°, 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1 ;

« c) Par l'autorité compétente de l'Etat pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

« d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 3°, 6°, 7°, 11° et 12° du I et pour les lieux de vie et d'accueil visés au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge pour partie par les organismes d'assurance maladie et pour partie par le département ;

« e) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil général pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge pour partie par l'Etat et pour partie par le département. » ;

6° Le 3° de l'article L. 313-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation ; »

7° L'article L. 313-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le financement d'un ensemble d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'Etat dans la région donne lieu à la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec leur personne morale gestionnaire dès lors que leur taille et les produits de leur tarification atteignent cumulativement un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales. Ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens se substituent aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12, aux articles L. 345-3 et L. 348-4 et intègrent, le cas échéant, les autorisations de frais de siège social prévues au VI de l'article L. 314-7. » ;

8° L'article L. 313-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 médico-sociaux autorisés par le représentant de l'Etat, les contrôles prévus par la présente section et au titre III du présent code sont effectués par les personnels mentionnés à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique de l'agence régionale de santé.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus par la présente section et au titre III du présent code sont effectués par les personnels de l'agence régionale de santé mentionnés à l'article L. 1421-1 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 et dans les conditions définies audit article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents de l'Etat mentionnés au II du présent article en cas de compétence conjointe.

« 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 dans la limite de leurs compétences respectives.

« Les personnels et agents mentionnés aux alinéas précédents veillent à entendre les usagers et leurs familles et à recueillir leurs témoignages. Ils recueillent également les témoignages des personnels de l'établissement ou du service.

« Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'Etat dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent code. 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 des lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un inspecteur de la santé publique ayant la qualité de médecin ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Le représentant de l'Etat dans le département et le directeur général de l'agence régionale de santé peuvent désigner dans leur champ de compétences respectif des fonctionnaires ou agents qui satisfont aux conditions d'aptitude technique et juridique fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, 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'Etat. » ;

9° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;

10° Après le troisième alinéa de l'article L. 315-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements 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. Les compétences du représentant de l'Etat dans le département définies au présent article sont exercées par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

11° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les dispositions de l'article L. 344-5 du présent code s'appliquent également à toute personne handicapée accueillie dans l'un des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de santé publique, et dont l'incapacité, reconnue avant l'âge mentionné à l'article L. 113-1 du même code, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret. » ;

12° L'article L. 312-8 est modifié comme suit :

a) Au premier alinéa, les mots : « tous les cinq ans » sont supprimés ;

b) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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^{er} janvier 2002, procèdent à une évaluation interne et une évaluation externe avant la date de renouvellement de l'autorisation. Pour les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés entre le 1^{er} janvier 2002 et la publication de la présente loi, la durée de validité de l'autorisation telle que prévue à l'article L. 313-1 du même code court à compter du 1^{er} janvier 2009 » ;

d) Le c du 1° est abrogé.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS DE COORDINATION ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 29

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 sont abrogés ;

2° Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est abrogé.

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-47 est abrogé ;

2° Le chapitre III du titre VIII du livre I^{er} est abrogé ;

3° L'article L. 215-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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. »

III. - L'agence régionale de santé est substituée à l'Etat, 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 et à la caisse régionale d'assurance maladie dans leurs droits et obligations résultant du transfert des compétences entre ces personnes et autorités telles que prévues par le présent titre. Le transfert de ces droits et obligations, ainsi que des biens de toute nature nécessaires à l'exercice de ces compétences, s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'Etat ni à perception de droits ou de taxes.

Article 30

I. - A l'exception des personnels détachés sur des emplois administratifs dotés d'un statut d'emploi ou fonctionnel, les fonctionnaires et agents publics titulaires exerçant au 31 décembre 2009 leurs fonctions dans les services de l'Etat 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 ou des stipulations de leur contrat.

Les agents contractuels de droit public exerçant au 31 décembre 2009 leurs fonctions dans les services de l'Etat 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 au 31 décembre 2009 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.

II. - Après l'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 123-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 123-1-1.* - Les personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels par voie législative ou réglementaire se voient appliquer l'ensemble des mesures découlant des accords collectifs nationaux agréés en application de l'article L. 123-1. »

III. - Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un directeur général préfigurateur de l'agence régionale de santé est nommé par décret en conseil des ministres, sur proposition des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le directeur général préfigurateur de l'agence est chargé de préparer la mise en place de l'agence. A cette fin, il négocie et signe des conventions avec les organismes concernés par les transferts de biens et de personnels mentionnés au III de l'article 27 afin d'organiser ces transferts, il élabore le projet d'organisation des services, il prépare et arrête le budget du premier exercice et il négocie et signe le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Il coordonne la dissolution de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Ces dissolutions entraînent leurs liquidations mais leurs personnalités morales subsistent pour les besoins de la liquidation. Les modalités de ces liquidations, et notamment de dévolution des biens propres, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget.

Pour accomplir les missions que lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'Etat, 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. Il peut déléguer sa fonction de liquidateur à un agent placé sous son autorité.

Article 31

Les dispositions des articles 24 à 27 et du I de l'article 28 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Toutefois, la suppression du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, la création de la commission d'appel à projet et la procédure d'autorisation ne prennent effet qu'à compter de la mise en place de la commission spécialisée de la conférence régionale de santé compétente pour le secteur médico-social en ce qui concerne les nouvelles demandes d'autorisation, de renouvellement d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux.

Un rapport d'évaluation sur la mise en place et sur l'action des agences régionales de santé sera adressé par le Gouvernement au Parlement avant le 31 décembre 2012.

Article 32

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure visant à :

1° Modifier les dispositions législatives afin de procéder aux coordinations, simplifications et mises en cohérence rendues nécessaires par les mesures prévues au présent titre et d'assurer le respect de la hiérarchie des normes ;

2° Adapter les dispositions du présent titre aux collectivités d'outre-mer.

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.